



managed care

2 • 2005

25. Februar

Case Management heute

Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen

Erfahrungsberichte von Klientinnen

Plädoyer für differenzierte Weiterbildungsstandards

Möglichkeiten der Erfolgsmessung

Professionalisierung von Case Management in der Schweiz

Finanzierung von Case Management

Integriertes Case Management – die Erfahrungen der
Suva St. Gallen

Case Management – ein Fall für Ethik und Recht?

Seite der Pflege: Fachangestellte/r Gesundheit – Veränderung
der Pflegeberufe

Integrierte Vollversorgung für Deutschland

Gemeinsame Entscheidungsfindung: von Stolpersteinen und
Verantwortung

Symposium
des Forums Managed Care:
**Hot Spots und Konfliktfelder
in der Gesundheitssteuerung**
25. Mai 2005, Zürich

www.forum-managed-care.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Case Management heute

Heike Bartels, Rainer Hartmann

In der vorliegenden Zeitschrift wurde schon viel über Case Management gesagt. In dieser Schwerpunktnummer geht es nun darum, aufzuzeigen, in welche Richtung sich Case Management in der Schweiz entwickelt, und auch einen kritischen Blick auf die Methode zu werfen.

Ein wichtiger Entwicklungsschritt erfolgte im März 2004, als der Verein «Netzwerk Case Management Schweiz» gegründet wurde, der die Entwicklung des Case Managements in der Schweiz sorgfältig begleitet und fördern möchte. Die Tagungen 2003 und 2004 des Netzwerkes waren sehr gut besucht und förderten die Diskussion.

Case Management wird heute als Rettungsanker für unser herausgefordertes Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen propagiert. Doch wem dient Case Management? Wer macht Case Management? Welche Konsequenzen haben die verschiedenen Case-Management-Projekte? Viele Fragen sind noch offen – dabei schreitet die Entwicklung in der Schweiz und in Europa rasant voran.

Case Management wird heute als Rettungsanker für unser herausgefordertes Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen propagiert. Doch wem dient Case Management? Wer macht Case Management? Welche Konsequenzen haben die verschiedenen Case-Management-Projekte? Viele Fragen sind noch offen – dabei schreitet die Entwicklung in der Schweiz und in Europa rasant voran.

Mit der Methode sind Anbieter gekommen, es ist ein neuer Teilmarkt des Gesundheits- und Sozialwesens entstanden. Es gibt einen Wettbewerb zwischen neuen Anbietern und einer Vielzahl von bestehenden Institutionen in der Sozialarbeit, im Gesundheits- und Versicherungswesen sowie in der beruflichen Integration, die sich dieser Arbeitsmethodik bedienen. Es wird spannend sein zu beobachten, wie sich der Markt und die Methode «Case Management» in der Schweiz weiterentwickeln werden.

Für diese notwendige Weiterentwicklung brauchen wir trotz der Heterogenität der Anwendungsgebiete eine gemeinsame Sprache und einen gemeinsamen Begriff von Qualität, zum Beispiel in Form von Standards für die Praxis. Wir brauchen dazu ein Grenzen überschreitendes Denken, ein selbstkritisches Hinterfragen – das in der Methode Case Management

mit dem inter- und transdisziplinären Ansatz ja bereits angelegt ist.

Case Management dient als Steuerungs- und Führungsinstrument für hochgradig arbeitsteilige (also komplexe) «Fälle». Hinter jedem Fall steckt aber ein Mensch mit seiner sozialen Einbettung, seiner Lebensgeschichte, seinen Ressourcen und Defiziten. Dieser Mensch ist wahrscheinlich bisher ohne Case Management durchs Leben gekommen und sieht sich nun aufgrund eines einschneidenden Lebensereignisses plötzlich in der Situation, sich managen lassen zu müssen. Die Kunst im Case Management ist es, mit dem Betroffenen zusammenzuarbeiten, ihn also seiner Selbstbestimmung nicht zu berauben, und dabei gleichzeitig das Umfeld zu berücksichtigen und die vielfältigen Interessenlagen in einem Prozess mit einem gemeinsamen Ziel zu vereinen.

Lassen Sie sich durch die spannenden Beiträge anregen, und beteiligen Sie sich an der Diskussion über Case Management in der Schweiz.



Heike Bartels



Rainer Hartmann

Heike Bartels

Reha-Koordinatorin

Activita Care Management AG;

Vorstandsmitglied Netzwerk Case Management

Schweiz

E-Mail: heike.bartels@activita.ch

und

lic. phil. Rainer Hartmann

Geschäftsführer Activita

SCHWERPUNKTTHEMA:
CASE MANAGEMENT HEUTE

7	Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen Wolf Rainer Wendt So vielfältig die Anwendungsgebiete des Case Managements sind, so basieren sie doch auf einem gemeinsamen Grundkonzept. Der Beitrag beschreibt die Kernelemente dieses Konzepts sowie die drei Realisierungsebenen.
9/16/26	Erfahrungsberichte von Klientinnen • Das Gefühl, ernst genommen zu werden • Sie begleitet mich auf meinem Weg • Genau hinschauen und überlegen, was noch geht
11	Plädoyer für differenzierte Weiterbildungsstandards Peter Löcherbach In der Praxis lassen sich verschiedene Tätigkeitsprofile von Case-ManagerInnen unterscheiden. Mit den unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen sind unterschiedliche Anforderungen verbunden.
14	Möglichkeiten der Erfolgsmessung Rainer Hartmann, Henry Harder Bringt das Case Management einen (finanziellen) Nutzen? Die Autoren zeigen auf, wie das zu evaluieren wäre, welche Studien bereits vorliegen und wie sie selber versuchen, eine Erfolgsmessung umzusetzen.
17	Professionalisierung von Case Management in der Schweiz Roland Woodtly Muss das Case Management in der Schweiz professioneller werden? Soll es sich zum eigenständigen Beruf entwickeln?
19	Finanzierung von Case Management Klaus Müller Wer soll die Kosten des Case Managements tragen? Der Autor erläutert drei Möglichkeiten und ihre Vor- und Nachteile.
21	Integriertes Case Management – die Erfahrungen der Suva St. Gallen Chantal Lagler Wenn die Case-ManagerInnen verschiedener Institutionen denselben Fall managen, kann dies zu Problemen führen. Die Suva St. Gallen erprobt deshalb zusammen mit einem Arbeitgeber und einem Taggeldversicherer ein integriertes Case Management.
24	Case Management – ein Fall für Ethik und Recht? Frank Mathwig Trotz asymmetrischer Machtverhältnisse dürfen die von einem Case Management Betroffenen nicht entmündigt werden. Wie können Case-ManagerInnen und ihre Arbeitgeber diesem Anspruch Rechnung tragen?

SEITE DER PFLEGE

28	Neuer Beruf Fachangestellte/r Gesundheit (Teil 2): Veränderung der Pflegeberufe Heinz Mohler Die bildungspolitischen, demografischen und finanzpolitischen Entwicklungen werden das Berufsfeld der Pflege verändern. Die Fachangestellten Gesundheit können helfen, die neuen Herausforderungen zu meistern.
-----------	---

INTEGRIERTE VERSORGUNG

29	Integrierte Vollversorgung für Deutschland Michael Steiner, Leo Buchs Bisher werden in Deutschland vor allem krankheits- oder behandlungsspezifische Verträge für integrierte Versorgung abgeschlossen. Wie könnte eine integrierte Vollversorgung gestaltet werden?
-----------	---

VERANSTALTUNGSBERICHT

32	Gemeinsame Entscheidungsfindung: von Stolpersteinen und Verantwortung Brigitte Casanova Bericht über den Weiterbildungsnachmittag der Sanofi-Aventis vom 25. November 2004 in Bern.
5	Forum Managed Care Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung (Symposiumsprogramm)
23	Feedback Gemeinsame Erklärung (Leserbrief [Duplik])
27	Kolumne Disease Manager – eine Rolle für den Hausarzt? (Von Ruedi Wartmann, Mitglied des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»)
35	Resonanz Bescheiden anfangen • Gerechtigkeit gefährdet • Ist Demokratie gesund? • Minimale Mitwirkung vorausgesetzt • Anpassung nicht in Sicht
36	Buchhinweis Analyse des Wandels
37	Veranstaltungskalender Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
40	In Kürze Disability Management • Wenn geistig behinderte Menschen pensioniert werden • Effizienz von Prävention • Krankheitsbezogene Guidelines und Mehrfacherkrankungen ••• Vorschau: Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung

managed
care

Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie
Offizielles Organ des Forums Managed Care

Verlag:
Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:
Georges Ackermann, Richard Altorfer, Lorenz Borer, Otto Brändli, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Karl Kunz, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Josef Müller, Regula Rička, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechtild Willi Studer, Rolf Zwyygart

Redaktionsausschuss:
Georges Ackermann, Richard Altorfer, Kurt Hess, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Rička, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

Betreuung des Schwerpunktthemas:
Heike Bartels, Rainer Hartmann

Redaktion:
Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)
Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich
Telefon und Fax 01-431 73 56
E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch
r.schnetzler@rosenfluh.ch

Redaktionssekretariat:
Rosenfluh Publikationen AG
Anna Marino
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Anzeigenregie:
Rosenfluh Media AG
Sekretariat: Manuela Bleiker
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51
E-Mail: romed@rosenfluh.ch

Anzeigenverkauf:
Ernst Schäublin
Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen
Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

DTP und Layout:
Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:
stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:
EDP Services AG
Ebenastrasse 10, Postfach, 6048 Horw
Telefon 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18
E-Mail: saem.ropu@edp.ch

Abonnementspreise:
Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 90.–
(Westeuropa: Fr. 135.–)
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

9. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh Publikationen Neuhausen

Managed Care und MCCM sind eingetragene Marken.
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.
Für unaufgeforderte eingehende Manuskripte übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

 tellmed.ch

Managed Care ist online einsehbar (pdf-Format) unter www.tellmed.ch



HOT SPOTS UND KONFLIKTFELDER IN DER GESUNDHEITSSTEUERUNG SYMPOSIUM, 25. MAI 2005, WORLD TRADE CENTER ZÜRICH

Mit renommierten Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Verbänden und Gesundheitswesen.

Das Gesundheitssystem benötigt mehr Steuerung. Wie kann und soll in unserem schweizerischen Gesundheitssystem gesteuert werden? Welche Anreizsysteme und Instrumente werden im In- und Ausland angewandt und ist deren Evidenz wissenschaftlich geprüft? Wie kann die Akzeptanz von neuen Instrumenten bei den betroffenen Gruppierungen erhöht werden? Welche Konflikte und Ängste gilt es zu beachten?

Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Symposium des Forums Managed Care vom 25. Mai 2005. Das Symposium besteht am Vormittag aus verschiedenen Referaten und einer Plenardiskussion. Am Nachmittag finden kontradiktorisch aufgebaute Workshops statt. Diese bieten die einmalige Gelegenheit, gegensätzliche Positionen live zu erleben und gemeinsam neue sinnvolle Ansätze und Kooperationsmöglichkeiten zu diskutieren. Ein Muss für alle am Thema Managed Care interessierten Fachleute und Privatpersonen.

PROGRAMMÜBERSICHT (Detailprogramm siehe nächste Seite)

08.30 Begrüssungskaffee, Registrierung

09.15 Referat I Die politische Sicht: Wie viel und welche Steuerung braucht das Gesundheitssystem? Welche Anreize sind zu schaffen?

Referat II Die Patientensicht: Wie viel Steuerung verträgt der Patient?

Referat III Die gesundheits-ökonomische Sicht: Welche Steuerungsinstrumente haben einen evidenten Nutzen?

Referat IV Die ethische Sicht: Was ist der richtige Rahmen für Steuerungs- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen?

Plenardiskussion Hot Spots und Konfliktfelder der Gesundheitssteuerung

13.45 6 Workshops, Durchführung parallel

Workshop I Call Center oder Hausarzt: Ersetzt das Telefon den Arzt?

Workshop II Case-Manager oder Arzt: Wer führt den Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems?

Workshop III Qualität und Pauschalfinanzierung: Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd?

Workshop IV Freie Arztwahl: Wer wählt den Arzt. Die Patienten oder die Versicherer?

Workshop V Steuerungsaufwand der Netze – verkannt oder anerkannt?

Workshop VI Kantonale Spitalplanung oder Verselbständigung der Spitäler: Bringt zentrale Planung eine bessere Versorgung?

15.15 Wiederholung der Workshops I-VI, Durchführung parallel

16.30 Podiumsgespräch Moderation durch Alenka Ambroz

17.30 Symposiumsende und Apéro

18.30 Managed Care Networking Dinner mit Kabarettist Blues Max in der alten Giesserei Oerlikon

VERANSTALTER

Veranstaltet wird das Symposium vom Verein Forum Managed Care. Dieser will mit der Förderung von Managed Care einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz leisten.

ANMELDUNG / KOSTEN

Bis am 16. Mai 2005 über www.forummanagedcare.ch
Die Kosten betragen Fr. 390.– (+ MwSt.), mit Dinner Fr. 490.– (+ MwSt.)

INFORMATION / ORGANISATION

MKR Consulting AG,
Marketing- und Kommunikationsberatung,
Telefon 031 350 40 55
franziska.goldingier@mkr.ch

Moderation: *Alenka Ambroz*

08.30 Begrüssungskaffee, Registrierung

- 09.15 Referat I** **Die politische Sicht: Wie viel und welche Steuerung braucht das Gesundheitssystem? Welche Anreize sind zu schaffen?**
N.N.
- Referat II** **Die Patientensicht: Wie viel Steuerung verträgt der Patient?**
Richard Grol, Prof. Dr. med., Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen
- Referat III** **Die gesundheits-ökonomische Sicht: Welche Steuerungsinstrumente haben einen evidenten Nutzen?**
Bernhard J Güntert, Prof. Dr. oec., Vorstand des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Tirol
- Referat IV** **Die ethische Sicht: Was ist der richtige Rahmen für Steuerungs- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen?**
Christoph Rehmann, Prof. Dr. phil., dipl. biol., Institut für Geschichte und Epistemologie der Medizin, Universität Basel, Präsident der nationalen Ethikkommission
- Plenardiskussion** **Hot Spots und Konfliktfelder der Gesundheitssteuerung**
Moderation durch *Alenka Ambroz*

12.30 Stehlunch

13.45 6 Workshops, Durchführung parallel

- Workshop I** **Call Center oder Hausarzt: Ersetzt das Telefon den Arzt?**
Christian Simonin, Dr. med., CEO Medvantis AG
Marc Müller, Dr. med., Präsident Kollegium für Hausarztmedizin
Moderation: *Peter Berchtold, PD, Dr. med., Präsident Forum Managed Care*
- Workshop II** **Case-Manager oder Arzt: Wer führt den Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems?**
Hans Schmidt, Rechtsanwalt, lic. oec., Präsident Netzwerk Case Management
Max Albrecht Fischer, Dr. med., Präsident med-swiss.net
Moderation: *Urs Zanoni, MPH, Projektleiter Redaktion «Beobachter»*
- Workshop III** **Qualität und Pauschalfinanzierung: Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd?**
Res Häfeli, Dr. med., Präsident Aargauischer Ärzteverband
Felix Huber, Dr. med., Leiter MediX Ärzteverbund Zürich
Moderation: *Philip Baumann, lic. oec. publ., Vorstandsmitglied Forum Managed Care*
- Workshop IV** **Freie Arztwahl: Wer wählt den Arzt. Die Patienten oder die Versicherer?**
Margrit Kessler, Präsidentin Schweizerische Patientenorganisation
Marc-André Gyger, lic. rer. pol., MBA, Direktor Santésuisse
Moderation: *Andreas Weber, Dr. med., Vorstandsmitglied Forum Managed Care*
- Workshop V** **Steuerungsaufwand der Netze – verkannt oder anerkannt?**
Christian Marti, Dr. med., Geschäftsleiter WintiMed AG
Reto Dietschi, lic. iur., Leiter Leistungserbringermanagement Helsana Versicherungen AG
Moderation: *Kurt Hess, Dr. med. et lic oec., Vorstandsmitglied Forum Managed Care*
- Workshop VI** **Kantonale Spitalplanung oder Verselbständigung der Spitäler: Bringt zentrale Planung eine bessere Versorgung?**
Christian Schär, Dr. phil., Chefredaktor Competence, Vorsitzender Geschäftsleitung Spital Thurgau AG
N.N.
Moderation: *Werner Widmer, Dr. oec., Präsident Stiftung Diakoniewerk Neumünster*

14.45 Kaffeepause

15.15 Wiederholung der Workshops I-VI, Durchführung parallel

16.15 Wechsel ins Plenum

16.30 Podiumsgespräch Moderation durch *Alenka Ambroz* – mit abschliessendem e-voting zu den Workshop-Ergebnissen

17.30 Symposiumsende und Apéro

18.30 Managed Care Networking Dinner mit Kabarettist *Blues Max* in der alten Giesserei Oerlikon

Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen

Vieles, was heute als Case Management bezeichnet wird, hat auf den ersten Blick kaum Gemeinsamkeiten. Gibt es einen gemeinsamen Nenner, der ein echtes Case Management von anderen Ansätzen unterscheidet?

Wolf Rainer Wendt

Leistungsträger und Leistungserbringer im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen sowie in der Beschäftigungsförderung setzen zunehmend auf ein Case Management, um ihren dienstlichen Einsatz bei einer komplexen Problematik rational und zielwirksam sowie fachlich und wirtschaftlich angemessen steuern zu können. Das Case Management koordiniert das Zusammenwirken von Beteiligten und strukturiert den Ablauf von Prozessen der Versorgung, Behandlung, Betreuung, Unterstützung und Schadensregulierung im Einzelfall. So unterschiedlich die Anwendungen sind, so beruhen sie doch auf einem einheitlichen Konzept. Im Folgenden werden die Kernelemente sowie die drei Realisierungsebenen dieses Konzepts vorgestellt.

Kernelemente

Das Case Management soll also die Prozessregie bei der Erbringung von Hilfen, Massnahmen, Behandlungs- und Versorgungsschritten für einzelne Menschen übernehmen und dabei die vereinbarten Ziele anstre-

ben. Um dieser Aufgabe nachzukommen, sieht das Konzept «Case Management» ein Grundgerüst aus Komponenten (Dimensionen oder Phasen) vor, welche die *Ablauforganisation* beschreiben. Genannt werden stets (vgl. Wendt 2001, 96 ff.):

- *Outreach*: Prozeduren zur Zielgruppenbestimmung, zum Erreichen von Nutzern und zur Verbesserung der Erreichbarkeit eines Dienstes; Screening der Fälle, Fallgruppenbildung, individuelle Eingangsprüfung und Vereinbarung über das Vorgehen
- *Assessment*: eingehende Klärung der Problemlage und unterschiedlich eingehende Prüfung des Bedarfs

- *Planning*: Vereinbarung über Ziele und Bestimmung des Weges, um diese Ziele zu erreichen, sowie der Mittel, die dafür zum Einsatz kommen

- *Implementation*: Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen bei laufendem *Monitoring* der Prozesse

- *Evaluation* der durchgeführten Massnahmen, ihres Verlaufs und ihrer Ergebnisse; zudem *Reassessment* des sich ändernden Bedarfs und der damit verbundenen Aufgaben

- *Accountability* (d.h. Verantwortlichkeit) in der Berichterstattung und Rechenschaftslegung, um den Versorgungsauftrag transparent und nachweisbar zu erfüllen.

Diese Elemente sind seit den Neunzigerjahren wiederholt als Kerncharakteristika (*core characteristics*) von Case Management beschrieben worden (Gursansky/Harvey/Kennedy 2003, 17 ff.). Sie beziehen sich aufeinander, und nur zusammen machen sie das Case Management aus. Wenn professionelles Handeln nur einzelne Momente – wie Bedarfsbestimmung, Hilfeplanung oder Evaluation – vor-

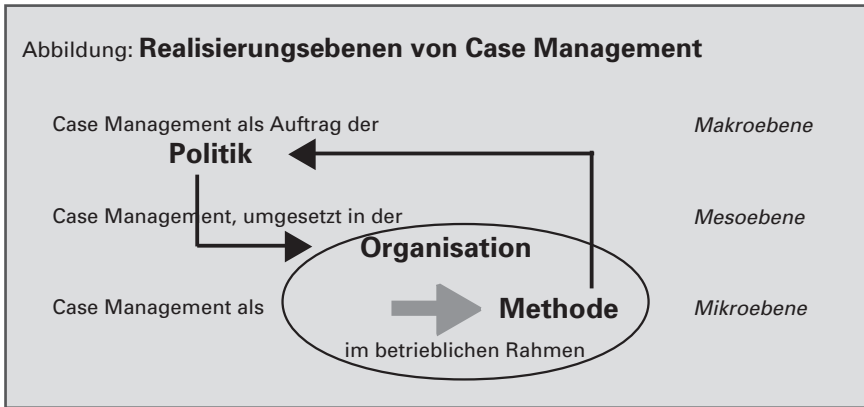


Wolf Rainer Wendt

sieht, verdient es die Bezeichnung Case Management nicht.

Realisierungsebenen von Case Management

Wir haben zu unterscheiden zwischen dem Case Management auf der Ebene der Organisation (*Systemsteuerung*) und dem Case Management im Einzelfall (*individuelle Fallführung*). Ursprünglich ist das Case Management als Methode der individuellen Fallführung an der Basis entstanden (bottom-up). In den 20 Jahren der Anwendung hat sich aber eine *Politik* des Einsatzes von Case Management ergeben: Heute sehen sich die Humandienste von Seiten der Politik (top-down) dazu angehalten, dieses Verfahren im Sinne der Systemsteuerung auf betrieblicher Ebene für bestimmte Handlungsbereiche einzuführen und sich dadurch als zielwirksam und effizient tätige Organisation auszuweisen. Dadurch ergibt sich als dritte wichtige Ebene für die Realisierung des Case Managements die Ebene der Politik (siehe *Abbildung*).



Das Case Management als *Systemsteuerung* bestimmt, wie die Fälle innerhalb eines Arbeits- oder Aufgabenbereichs generell gehandhabt werden. Das Case Management auf der Systemebene wird oft auch als *Care Management* (Management der Versorgung) bezeichnet. Es ist zu unterscheiden vom *Disease Management*, das sich nur mit *gleich gearteten* Krankheitsfällen befasst und für diese ein strukturiertes Behandlungsprogramm anbietet. Das Case Management auf der Systemebene strukturiert die Bearbeitungsprozesse für die *unterschiedlichen Fälle*, mit denen es ein Dienst oder eine Einrichtung zu tun bekommt. Ein *Case Management auf Systemebene* ist unabdingbare Voraussetzung für ein *Case Management im Einzelfall*. Nur wenn das Case Management in einer Organisation – zumindest für den entsprechenden Aufgabenbereich – dienstlich eingerichtet ist, kann die einzelne Fachkraft in diesem Rahmen einzelne Fälle nach der Methode des Case

«Case Management ist ein Entscheidungsverfahren, das Pfade des Vorgehens festlegt.»

Managements bearbeiten. Innerhalb humandienstlicher Organisationen wird ein Case Management meist dann eingeführt, wenn man einen Leistungsbereich neu strukturieren will, indem neu personenbezogen gearbeitet wird. Damit wird auch einer Forderung von Seiten der Sozial-

und Gesundheitspolitik entsprochen, welche das Case Management für geeignet hält, um den Umgang mit fallweise gegebener Problematik angemessen *zu gestalten*. Im Folgenden werden zwei wichtige Aufgaben beschrieben, welche das Case Management auf der Systemebene erfüllen soll.

Entscheidungen treffen

Case Management ist ein *Entscheidungsverfahren*, welches Pfade des Vorgehens festlegt und über Ausmass und Intensität der Beschäftigung mit einzelnen Fällen beziehungsweise Fallgruppen entscheidet. Im Rahmen des Case-Management-Prozesses wird nach definierten Kriterien entschieden, wo das Case Management im Einzelfall greifen kann und soll beziehungsweise «in welchen Fällen wie» verfahren werden soll, wo kurzfristig etwas unternommen werden muss, wo Betroffene an andere Stellen zu verweisen sind und wo und wann im Einzelfall eine intensive Begleitung und Fallführung nötig erscheint.

Die Zusammenarbeit regeln

Das Case Management «managt» *Zusammenarbeit*. Erstens die Zusammenarbeit mit den Adressaten (Klienten, Patienten, Kunden) der Humandienstleistungen, gegebenenfalls unter Einbezug informeller Ressourcen (Angehörige, Freunde, Bekannte). Zweitens die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten organisationsinternen Fachkräften und Funktionsstellen sowie allenfalls die *Vernetzung* mit externen Leistungsanbietern. Bei «integrierter Versorgung» ist es Sache der Prozess-

regie (d.h. des Case Managements auf Systemebene), die vereinbarte Kooperation zu überwachen und ein Schnittstellenmanagement zu betreiben, um institutionell getrennte Handlungsbereiche aufeinander abzustimmen. Schliesslich sind im Einzelfall (individuelle Fallführung) die Verknüpfungen zwischen dem System der Versorgung auf der einen Seite und jenem der betroffenen Person, Familie oder Bedarfsgemeinschaft auf der anderen Seite herzustellen und zu unterhalten.

Gegenstand von Case Management sind dabei Kooperationsvereinbarungen. Sie bestimmen die Zuständigkeit einer fallführenden Stelle oder Person. Die Steuerung der Fallbearbeitung auf der betrieblichen Ebene prägt in der Praxis das Mass und den Umfang individueller Fallführung sehr unterschiedlich aus. Es gibt auch ein Case Management ohne für die Einzelfallbetreuung zuständige(n) Case-Manager. Stattdessen können so genannte Case-Manager als Generalisten eingesetzt

«Das Case Management managt die Zusammenarbeit mit den Adressaten und zwischen den beteiligten Fachkräften.»

werden, die sich um den optimalen Ablauf der Versorgung aller Kunden zu kümmern haben. Oder sie werden als Spezialisten vorgesehen, die bei komplexen und schwierigen Problemlagen die individuelle Fallführung übernehmen, wobei die Entscheidung, welche Problemlagen wem zugewiesen werden, vorgelagert ist. Es gibt Case-Manager, die als *Unit-Manager* oder *Service-Manager* innerhalb einer Abteilung oder eines Dienstes die übergeordnete Aufgabe wahrnehmen, «das Case Management zu managen», also Dispositionen über die Aufgabenerledigung in den verschiedenen Dimensionen/Phasen des Verfahrens zu treffen. Das Case Management auf Systemebene bahnt nämlich zunächst nur die Pfade für die Bear-

beitung von Aufgaben. Um die Abläufe zu strukturieren, müssen zusätzlich die Zuständigkeiten geklärt werden. Ein Case-Manager (auf der Ebene des Einzelfalls wie auf Systemebene) braucht gegenüber allen Beteiligten die Kompetenz, in der zielgerichteten Leistungserbringung Regie zu führen.

Ein Konzept – vielfältige Anwendungen

Das Konzept Case Management hat sich über eine Vielfalt von Anwendungen entwickelt. Das bedeutet nicht, dass es auch viele verschiedene Konzepte gibt. Vielmehr ist das hier beschriebene Konzept des Case Managements eines, an dem die speziellen Anwendungen zu messen sind. Das Konzept ist neutral und transdisziplinär einsetzbar. Deshalb kann es von verschiedenen Fachgebieten (soziale Arbeit, Pflege, medizinische Behandlung, Versicherungswesen) und verschiedenen Fächern

(Beratung, Krisenintervention, Therapie, Rehabilitation) beansprucht werden. Besonderheiten können im Rahmen der konkreten System- und Fallsteuerung berücksichtigt werden. ■

Autor:

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. und emeritierter Leiter des Ausbildungsbereichs Sozialwesen an der Berufsakademie Stuttgart
 zertifizierter Case-Management-Ausbilder
 Knödlerstrasse 5
 D-70597 Stuttgart
 E-Mail: wendt@ngi-potabedsl.de

Literatur:

Deutschsprachig sind nur einige wenige Bücher vorhanden, in denen die Thematik umfassend behandelt wird. Eine grundlegende Einführung in das Konzept Case Management und seine Anwendungen bietet:

Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 3. Aufl., Lambertus, Freiburg i.Br. 2001.

Verschiedene Entwicklungs- und Anwendungsspekte des Verfahrens behandeln die Bücher:

Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Huber, Bern 2000.

Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Luchterhand, Neuwied 2002.

Für den medizinischen Bereich sei beispielhaft genannt:

Porz, Friedrich/Erhardt, Horst (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Thieme, Stuttgart 2003.

Englischsprachig ist als Überblickswerk zu empfehlen:

Gursansky, Di/Harvey, Judy/Kennedy, Rosemary: Case Management – Policy, Practice and Professional Business. Columbia University Press, New York 2003.

Plädoyer für differenzierte Weiterbildungsstandards

Der Tätigkeits- und Verantwortungsbereich der Case-ManagerInnen ist sehr unterschiedlich. Der Autor plädiert deshalb für differenzierte Aus- und Weiterbildungsstandards.

Peter Löcherbach

International wird heute in verschiedensten Bereichen ein Case Management (CM) eingeführt. Worin aber besteht ein solches Case Management? Woran kann ein Auftraggeber erkennen, dass die zu beauftragende Fachkraft tatsächlich nach dem Case-Management-Ansatz vorgeht? Hierzu bieten sich verbindliche Standards an. Standards sind fachlich anerkannte Kriterien, die beschreibbar, beobachtbar und überprüfbar sein müssen. Sie werden zum Massstab, um beispielsweise festzulegen, was in einer bestimmten Situation von Fachkräften zu leisten ist und welche Ziele zu erreichen sind. Standards sind idealerweise das Ergebnis eines Prozesses, an dem Mitarbeiter, Nutzer, Träger, Fachgremien/-gesellschaften und Berufsverbände beteiligt sind.

Praxisstandards verlangen Bildungsstandards

Für die Praxis des Case Managements haben sich neben den aus den USA und aus Australien stammenden Standards [1, 2] in Deutschland «Qualitätsstandards für das Fallmanagement» [3] etabliert. Diese Praxisstandards werden auch vom

Schweizer Netzwerk Case Management diskutiert. Sie beantworten aber eine wichtige Frage nicht hinreichend: die Frage nach den erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Case-Manager¹.

Damit die Praxisstandards erfüllt werden können, braucht es neben konzeptionellen und materiellen bestimmte personelle Ressourcen [4]. Diese müssen in Form von Weiterbildungsstandards konkretisiert werden. Die deutschen «Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen» [5] haben hier Pilotfunktion übernommen.

Weiterbildungsstandards sind vor allem auch für die Nutzer/Klienten wichtig: «Mit ihrer Verbreitung, Förderung und Weiterentwicklung sollen», wie es in der Präambel heisst, «das Vertrauen in Case-Management-Angebote bei Menschen, die Case Management in Anspruch nehmen, gestärkt werden und für Auftraggeber und Kostenträger verlässliche Qualitätskriterien benannt werden» [5, Seite 1]. Auch in der Schweiz sollte deshalb nach den Praxisstandards, die derzeit im schweizerischen Netzwerk Case Management offensiv diskutiert werden, der nächste Entwicklungsschritt – Standards für die Ausbildung – bald folgen.

Unterschiedliche Praxis

Das Case Management wird heute in verschiedensten Bereichen erprobt und angewendet. Dabei zeigt sich, dass die verschiedenen Ebenen des Case Managements in sehr unterschiedlichem Ausmass zum Einsatz kommen. Nach wie vor werden zudem einzelne Elemente aus dem Grundkonzept des Verfahrens «aus-



Peter Löcherbach

geschnitten» oder grundsätzliche Prinzipien des Case Managements nicht beachtet [6]. Allerdings ist es, wie die Praxis zeigt, nicht zwingend notwendig, immer alle Elemente des Case Managements vollständig umzusetzen. Auch Teilimplementationen können erfolgreich sein und zu wichtigen Verbesserungen in der Versorgung führen [7].

In der Praxis lassen sich folgende Profile unterscheiden:

- der Fallmanager/Fallbearbeiter: Mitarbeiter für einen bestimmten, umgrenzten Aufgabenbereich (sei es im Bereich der Arbeitsförderung, der Versicherung, des Gesundheitswesens oder des Sozialwesens), mit dem Schwerpunkt der Fallbegleitung (Interaktion mit der betroffenen/geschädigten Person) und Fallarbeit.
- der Case-Manager: Fachkraft, deren Tätigkeitsbereich weit über die Interaktion mit der betroffenen/geschädigten Person hinaus in das System der organisierten Versorgung

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Form gewählt.

(Interaktion mit dem System) und dessen Umwelt hineinreicht [8, Seite 5].

■ der Case-Manager mit Schwerpunkt Systemebene: Fachkraft, die sich vor allem mit Fragen der Implementierung und Evaluation von Case Management (insbesondere auf der Systemebene) befasst.

Unterschiedliche Anforderungen

Aus den unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen ergeben sich unterschiedliche Anforderungen im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung. Alle Case-Manager müssen koordinieren und kooperieren, organisieren, vermitteln, makeln und vor allen Dingen kommunizieren können. Je nach Tätigkeitsbereich benötigen sie aber unterschiedliche *Qualifikationen* (Wissen und Können), unterschiedliche *Kompetenzen* (Verschränkung der Befähigung mit der Zuständigkeit), einen unterschiedlichen *Fallbezug* (Interaktion) und einen unterschiedlichen *Systembezug* (Organisation) [8, 9]:

1. Fachkräfte, die ausschliesslich für die Fallbegleitung und Fallbearbeitung zuständig sind, benötigen: *Wissen über CM auf Einzelfallebene und dessen Anwendung; praktisches Können und Zuständigkeit auf der Einzelfallebene; Wissen über bestehende Hilfeinrichtungen (Grundwissen Systemebene)*. Der Schwerpunkt ihrer Ausbildung sollte also in der Prozesssteuerung auf der Einzelfallebene liegen. Im Unterschied zu Hochschulseminaren in der grundständigen Lehre, welche nur Wissen über CM als Konzept (auf der Einzelfall- und Systemebene) vermitteln können, sollten entsprechende Weiterbildungen die Möglichkeit bieten, auf der Einzelfallebene auch die nötigen Kompetenzen zu erwerben.

2. Case-Manager, welche die Art und Weise der Fallführung mit der Systemsteuerung verbinden und/oder aus der Systemsteuerung eine angemessene Fallführung herleiten können müssen [8, Seite 3], benötigen *alle Qualifikationen und Kompeten-*

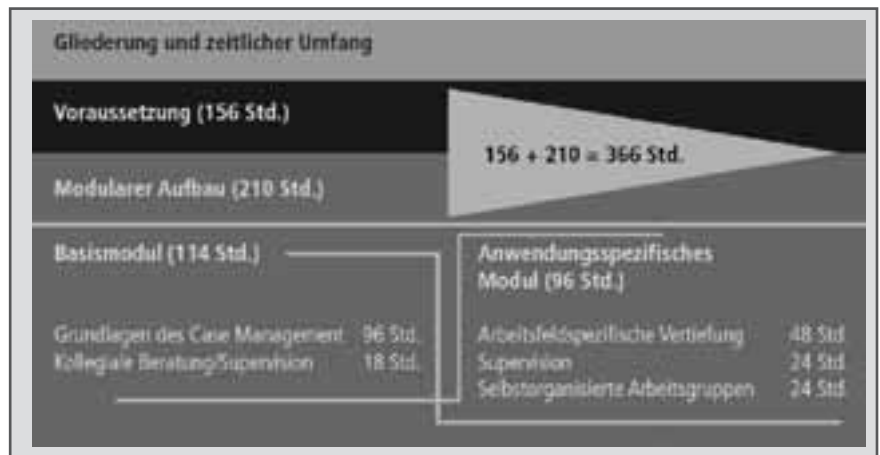


Abbildung: Zertifikats-Weiterbildung Case Management

zen des Fallmanagers und darüber hinaus theoretisches Wissen über die Implementierung von CM auf der Systemebene. Die genannten deutschen Weiterbildungsstandards gelten für das hier beschriebene Profil des «zertifizierten Case-Managers». Sie bestimmen die Voraussetzungen für die entsprechende Weiterbildung und definieren die Gliederung und den zeitlichen Umfang der Weiterbildung (siehe *Abbildung*). Voraussetzungen für die Weiterbildung sind in Deutschland: ein sozialprofessioneller Hochschulabschluss (Sozialarbeit oder Pflegemanagement) oder ein anderer Hochschulabschluss (Psychologie, Medizin, Soziologie, Verwaltungsfach) mit zusätzlich nachgewiesenen Kenntnissen in den Bereichen Sozialrecht, Kommunikation und Gesprächsführung, Moderation sowie Selbstreflexion.

Geregelt sind zudem die Verpflichtungen für Ausbilder und Ausbil-

dungsinstitute. So wird ein Ausbildungsinstitut in Deutschland zum Beispiel nur anerkannt, wenn es über mindestens zwei CM-Ausbildner verfügt, wenn sein Curriculum genehmigt ist, die Weiterbildung evaluiert wird und das Institut sich zur Qualitätszirkelarbeit verpflichtet².

3. Um zusätzlich zum Wissen und zu den Kompetenzen des zertifizierten Case-Managers ein vertieftes Wissen und vor allem auch entsprechende Kompetenzen auf der Systemebene zu vermitteln, können Masterstudiengänge angestrebt werden: Der Master CM verfügt über *alle Qualifikationen und Kompetenzen der zertifizierten Case-Manager sowie über die nötige Kompetenz und das praktische Können, um Case Management auf der Systemebene implementieren zu können (inklusive Entwicklung eines Netzwerksystems)*.

Hiermit ergibt sich für die unterschiedlichen Tätigkeitsspektren des

Tabelle: Matrix der Case-Management-Weiterbildungen [9]

	Einzelfallebene	Systemebene
Qualifikation = Wissen über CM und Wissen über Können (theoretisches Können)	A. Hochschulseminare (grundständige Lehre): vor allem Wissen über Einzelfall- und gegebenenfalls etwas Grundwissen über Systemebene	C. Zertifizierter Case-Manager: B. plus theoretisches Können auf Systemebene
Kompetenz = Qualifikation plus Zuständigkeit und praktisch eingeübtes Können	B. Fallmanager: A. plus eingeübtes Können auf Einzelfallebene, sowie Wissen über das bestehende Netzwerk und Kontaktaufnahme zu Netzpartnern	D. Master CM: C. plus Qualifikationen und Kompetenz auf Systemebene

² Die Liste der anerkannten Institute kann im Internet unter www.case-manager.de/cm-richtlinien.htm abgerufen werden.

Case Managements die nebenstehende Weiterbildungs-Matrix (siehe *Tabelle*).

Bisher wurden in Deutschland ausschliesslich für das Profil des zertifizierten Case-Managers Richtlinien verabschiedet. Zur Klärung und um die Transparenz und die Qualität des Case Managements sicherzustellen, kann es aber erforderlich sein, künftig auch für die beiden anderen genannten Profile entsprechende Regelungen zu verabschieden. ■

Autor:

Prof. Dr. Peter Löcherbach

Sprecher der Fachgruppe

Case Management der Deutschen

Gesellschaft für Sozialarbeit

GZCM

(Geschäftsstelle zur Zertifizierung
von Case Management),

KFH-Mainz

Saarstrasse 3

D-55122 Mainz

E-Mail: loecherbach@kfh-mainz.de

Literatur:

1. CMSA-America (1995/2002): CMSA's Standard of Practice for Case Management. Dt. Übersetzung in: Wendt (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 152-164.
2. CMSA-Australien (2004): National Standards of Practice for Case Management. Online im Internet: www.cmsa.org.au/CMSA%20Consultation%20standards.pdf
3. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg) (2004): Qualitätsstandards für das Fallmanagement. Empfehlungen des Deutschen Vereins. Online im Internet: www.deutscher-verein.de/stellungnahmen/200403%20%28März%202004%29/20040301/view
4. Löcherbach, P. (2003): Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebote. In: Löcherbach, P. u.a. (Hrsg.): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. S. 201-226. Neuwied, Kriftel: Luchterhand, 2. erw. Auflage. Online im Internet: www.case-manager.de/_themes/Loeba_2_Auf.pdf
5. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg) (2003): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Online im Internet: www.case-manager.de/themes/CM_Richtlinien.pdf
6. Fachgruppe Case Management der DGS (Hg.) (2004): Leitprinzipien. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Online im Internet: www.case-manager.de/_themes/Leitprinzipien%20CM.pdf
7. Löcherbach, P. (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, in: Porz, F. (u.a.) (Hg.): Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung. Augsburg, betaInstitutsverlag, S. 20-33. Online im Internet: www.case-manager.de/_themes/CM_Praxis.pdf
8. Wendt, W.R. (2004): Praxis und Weiterbildung: Ansprüche an die Qualität von Case Management. Beitrag zum 1. Qualitätszirkel der Weiterbildungsinstitutionen am 24. September 2004. Online im Internet: www.case-manager.de/_themes/Wendt.pdf
9. Löcherbach, P., Mennemann, H. (2004): Qualifizierung und Weiterbildung im Case Management: – Zwischen (Richtlinien-)Anspruch und (Praxis-)Wirklichkeit? Diskussionspapier der Fachgruppe Case Management, unveröffentl. Manuskript.

Möglichkeiten der Erfolgsmessung

Das Case Management könne Schnittstellenprobleme beheben, Doppelpurigkeiten verhindern und dafür sorgen, dass Behandlungs- und Betreuungsziele besser erreicht würden, so wird vermutet. Doch ob das wirklich stimmt, ist wissenschaftlich noch nicht erwiesen.

Rainer Hartmann, Henry Harder¹

Case Management (CM) wird dort eingesetzt, wo man sich einen Nutzen verspricht. Einerseits kann ein qualitativer Nutzen angestrebt werden (verbesserte Betreuung, Koordination oder Lebensqualität von Betroffenen), andererseits wird ein finanzieller Nutzen, das heisst ein Return on Investment (ROI), erwartet. Wir gehen davon aus, dass Letzterer für die Legitimation von CM entscheidend sein dürfte: Gelingt es nachzuweisen, dass sich die Investition in CM lohnt?

Mögliche Formen der Evaluation

Die Berechnung eines ROI ist eigentlich simpel: Kosteneffekte (Einsparungen – Mehrausgaben) in Bezug

zu Investitionen. Das Problem besteht darin, dass wir die Kosteneffekte des CM meist nicht sauber messen können.

Am einfachsten scheint der *Vergleich vor/nach Einführung des CM*. Dieses Verfahren kann dann angewendet werden, wenn eine ganze Organisation (z.B. Spital, Versicherer, Arbeitgeber) CM einführt. Beim Arbeitgeber etwa könnten beispielsweise Absenztage, Versicherungsprämien und/oder Fluktuationskosten gemessen und mit jenen aus der Zeit vor Einführung des CM verglichen werden. Dazu müssen allerdings vergleichbare Daten aus der Zeit vor Einführung des CM vorliegen. Das Problem dieses Ansatzes liegt darin, dass natürlich auch andere Faktoren als das CM einen Einfluss auf Veränderungen haben können (z.B. Konjunktur, Gesetzesänderungen usw.). Der klassische Ansatz in der medizinischen und Sozialforschung ist die Bildung von *Vergleichsgruppen*. Als Goldstandard hierfür gilt die randomisierte Studie, bei der nach dem Zufallsprinzip entschieden wird, wer eine «Behandlung» erhält (Untersuchungskollektiv) und wer nicht (Vergleichskollektiv). Die randomisierte Studie würde die verlässlichsten Resultate liefern. Oftmals ist eine Randomisierung aber nicht möglich, oder sie erscheint ethisch bedenklich², und es wird versucht, auf anderem Weg Vergleichsgruppen zu bilden (z.B. Fälle suchen von Personen mit gleichen Merkmalen, die eine unterschiedliche Behandlung gewählt haben).

Ein dritter Ansatz ist die Auswertung von Einzelfällen. *Einzelfallstudien* ermöglichen es, einen (gut dokumentierten) Fall nach Beendigung



Rainer Hartmann



Henry Harder

des CM zu analysieren. Es können durchaus Schätzungen des Outcomes im Vergleich zum möglichen Verlauf ohne CM angestellt werden; solche Schätzungen sind aber natürlich immer etwas spekulativ. Aussagen aus Einzelfallanalysen lassen eine Verallgemeinerung in der Regel kaum zu.

Im Weiteren können qualitative *Umfragen* durchgeführt werden, die

¹ Die Autoren danken Prof. Peter Löcherbach und Dr. Martin Schmid von der KFH Mainz für die Unterstützung.

² Die Frage (diskutiert beispielsweise am International Forum on Disability Management, 2002) ist, ob man eine Massnahme, die vermutlich hilfreich ist, jemandem per Zufallsentscheid vorenthalten darf. Zudem müsste sichergestellt werden, dass die Personen in der Vergleichsgruppe auch anderswo kein Case Management erhalten.

ebenfalls Hinweise auf die Effektivität von CM geben können.

Stand der Forschung

Obwohl die Literatur zum Thema CM in den letzten Jahren stark zugenommen hat, ist erstaunlicherweise in keinem der uns bekannten deutschsprachigen Übersichtsbücher ein Kapitel enthalten, das sich explizit dem Thema Erfolgsmessung widmet. Dies ist natürlich darauf zurückzuführen, dass bisher relativ wenige entsprechende Forschungsergebnisse publiziert wurden. Im angelsächsischen Raum, wo CM ja schon eine längere Tradition hat, erschienen relativ viele Studien (v.a. aus dem Gebiet des «medizinischen» CM) mit unterschiedlichen Resultaten. Übersichtsartikel oder Metaanalysen, also Studien, die versuchen, Forschungsergebnisse mehrerer (meist randomisierter) Studien zusammenzufassen, sind aber bisher erst wenige verfasst worden³. Die wenigen vorliegenden Metastudien zeigen ein uneinheitliches Bild: Einige schreiben dem CM positive Effekte zu, andere nicht. So kommt beispielsweise die 1997 erstellte Cochrane Review von Marshall et al. [1] zum Schluss, dass CM bei psychisch Kranken keinen Effekt hatte, während Ziguras et al. [2] konstatieren, dass CM bei psychisch Kranken effektiv ist.

Die Diskussion um Erfolgsmessungen ist am Laufen; so werden beispielsweise an Tagungen Workshops zum Thema ROI/Cost Effectiveness angeboten, und viele Anbieter sind bereits daran, ihre Programme messbar zu machen (siehe *Tabelle*; eine gute Übersicht zu Modellprojekten in Deutschland findet sich zudem bei Löcherbach [3]). Es täte aber unseres Erachtens Not, die Diskussion im deutschsprachigen Raum noch zu verstärken und den aktuellen Stand der Forschung systematisch aufzuarbeiten (was im Rahmen dieses Artikels nicht möglich war).

³ Eine PubMed-Suche zu den Stichworten «case management» und «meta analysis» ergab 17 Treffer.

⁴ Hierzu gibt es diverse Forschungsergebnisse, z.B. Bigos, S.J. et al. (1992): A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. Clin. Orthop., 1992/Jun, S. 21-34.

Tabelle: **Beispiele von Erfolgsmessungen (exemplarisch)**

Projekt	Autor	Art der Evaluation	Indikator/Ergebnis
CM mit alten Pflegebedürftigen Menschen	Wissert (2003)	Vergleich mit Prognose (resp. mit durch Arzt bereits geplanter Heimeinweisung)	59% der von Heimeinweisung Bedrohten konnten nach Hause entlassen werden
CM für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung	Gensichen et al. (2004)	Metastudie	positive Effekte auf Mortalität und Lebensqualität sowie Reduktion der Krankenhausaufenthalte (nur bei «komplexem» CM)
CM mit Verunfallten (Insurance Corporation of British Columbia)	Harder, Potts (2003)	Implementationsstudien (mit Vergleich vor/nach Einführung)	CM ist sehr effektiv. Die therapeutische und ärztliche Behandlung wurde reduziert. Es wurden seltener Rechtsanwälte beigezogen. Die Kundenzufriedenheit wurde erhöht.

Ein Praxisbeispiel

Anhand der vom Erstautor geleiteten Firma, der Activita Care Management AG, soll beispielhaft aufgezeigt werden, welche Ansätze zur Evaluation in der Praxis denkbar sind.

Activita ist eine paritätisch (Versicherer/Rechtsanwälte) geführte, 2001 gegründete Firma, welche CM mit verunfallten Menschen anbietet. Das Ziel der Tätigkeit besteht, vereinfacht gesagt, darin, durch eine mittels CM verbesserte Rehabilitation und Reintegration langfristig die Rentenkosten der Versicherer zu senken. Bis heute wurden etwa 300 Betroffene betreut. Seit der Gründung hat man sich intensiv mit der Frage der Evaluation befasst:

Ein *Vergleich* der aktuellen Schadenzahlungen mit jenen *vor Einführung des CM* ist nicht durchführbar, da Activita nur wenige Versicherte betreut und hiermit nur einen minimalen Einfluss auf die gesamten Schadenzahlungen der einzelnen Versicherer hat.

Hingegen wurden mehrere Anläufe unternommen, *Vergleichsgruppen* zu bilden. Zunächst versuchte man in Zusammenarbeit mit einem Versicherer, anhand der beim Versicherer erfassten Kriterien (v.a. Arbeitsunfähigkeit) zwei Gruppen mit vergleichbaren Fällen zu bilden. Es stellte sich aber rasch heraus, dass dies nicht machbar ist, da die Versicherer die für die Reintegration rele-

vanten Prädiktoren (z.B. Arbeitszufriedenheit)⁴ nicht systematisch erfassen (können).

In Zusammenarbeit mit einer Statistikerin wurde dann eine randomisierte Studie designt. Aufgrund des grossen Aufwandes (Activita arbeitet mit mehreren Versicherern zusammen, was eine Durchführung verkompliziert) sowie aufgrund der zu kleinen Fallzahl wurde diese Studie jedoch nicht umgesetzt, obwohl das Konzept realisierbar gewesen wäre (wobei auch die Ethikkommission die Durchführung noch hätte bewilligen müssen).

In der Folge ist Activita mit den Statistikern der SSUV (Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung in der Schweiz) noch einmal auf die erste Variante zurückgekommen. Mit statistischen Mitteln wurden vergleichbare (z.B. bezüglich Gesamtkosten pro Fall im ersten Jahr) Gruppen gebildet. Da die Langzeitergebnisse (Daten zu Rentenzahlungen) erst Jahre nach dem Unfall vorliegen, kann die Evaluation aber erst in den kommenden Jahren durchgeführt werden.

Daneben wertet Activita periodisch die abgeschlossenen *Einzelfälle* aus (Beispiel siehe *Kasten*). Das Ziel ist, mit qualitativen Methoden einzuschätzen, ob das CM im Einzelfall den Outcome wesentlich beeinflusst oder nicht.

Natürlich wertet Activita *alle abgeschlossenen Fälle* aus. Dabei zeigt

Beispiel Einzelfallanalyse

Ein junger Ex-Jugoslawe hatte unverschuldet einen massiven Auffahrunfall erlitten. Nach einem ersten missglückten Eingliederungsversuch wollte ihn die IV bereits berenten. Der Mann absolvierte einen weiteren, durch Activita vermittelten Arbeitsversuch und hat heute eine Feststelle mit einem 50-Prozent-Pensum. Ausgehend von seinem Lohn und Alter können wir berechnen, dass gegenüber einer Vollrente (die er vermutlich erhalten hätte) in diesem Fall rund 900 000 Franken eingespart werden konnten.

sich, dass die Fallanmeldungen erst durchschnittlich 25 Wochen nach dem Unfall erfolgen, also zu einem Zeitpunkt, da die Chronifizierung längst am Laufen ist. Nach einer Betreuung von rund einem Jahr sind 41 Prozent wieder voll und weitere 23 Prozent teilweise arbeitsfähig, was aus Sicht der Fachleute eine überraschend hohe Quote darstellt.

Zudem führte Activita Ende 2003 eine *Kundenumfrage* bei allen Anspruchsgruppen (Klienten, Ärzten, Therapeuten, Versicherern, Rechtsanwälten und Arbeitgebern) durch, welche sehr positive Resultate in Bezug auf Kompetenz, Zusammenar-

beit und so weiter ergab. Die Kunden wurden auch befragt, ob das CM nach ihrer Einschätzung einen Einfluss auf den Heilungsverlauf hatte. Es zeigte sich, dass 66 Prozent einen (zumindest teilweisen) positiven Einfluss konstatieren, wobei Betroffene, Ärzte und Therapeuten diesen am höchsten einschätzen.⁵

Diskussion und Ausblick

Die wissenschaftliche Forschung konnte den Nutzen von CM bisher erst teilweise belegen. Andererseits zeigen die Evaluationsbemühungen vieler Anbieter erstens, dass CM positive Effekte haben kann, und zweitens, dass man sich der Wichtigkeit des Nachweises eines ROI bewusst ist. In diesem Zusammenhang sind die Autoren gespannt auf die Publikation laufender und zukünftiger Studien (insbesondere auch auf die Auswertung des CM, das die Suva in der Schweiz flächendeckend einführt und dessen Resultate mit einer zumindest teilweisen Randomisierung überprüft werden). ■

Autoren:**lic. phil. Rainer Hartmann**

Geschäftsführer
Activita Care Management AG
Amtsstrasse 3/Postfach
8610 Uster
E-Mail:
rainer.hartmann@activita.ch

Dr. Henry G. Harder

Associate Professor
University of
Northern British Columbia
E-Mail: harderh@unbc.ca

Literatur:

1. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2000): Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000050.
2. Ziguras, S.J., Stuart, G.W. & Jackson A.C. (2002): Assessing the evidence on case management. Br J Psychiatry, 2002/July/181, S. 17-21.
3. Löcherbach, P. (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Porz F., Erhardt, H.: Kongressbericht 3. Augsburger Nachsorgesymposium. (Internet: www.beta-institut.de/download/beta_Kongress-2003.pdf)
4. Wissert, M. (2003): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen – Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Fassbender, R., Wendt W.R. (Hrsg.): Case Management – Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand.
5. Gensichen J., Beyer M., Wang H., Küver C., Gerlach F.M. (2004): Case Management von Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung – Ein kritischer Review. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 98, S. 143-154.
6. Harder, H.G., Potts, L. (2003): Disability Management: The Insurance Corporation of British Columbia Experience. Pain Research and Management, 8 (2), S. 95-100.

⁵ Die detaillierten Resultate der Kundenumfrage sind unter www.activita.ch abrufbar.

Professionalisierung von Case Management in der Schweiz

Soll das Case Management in der Schweiz professionalisiert werden? Der Präsident des Netzwerks Case Management Schweiz nimmt Stellung.

Roland Woodtly

Professionalisierung von Case Management: Bedeutet dies, Case Management zum eigenständigen Beruf zu machen? Braucht es eine spezielle Ausbildung, um Case-Manager zu werden? Oder gibt es eher so etwas wie eine Berufung zur Case-Managerin/zum Case-Manager? Beobachtungen in der Praxis lassen Letzteres vermuten. Wo bislang eine Sachbearbeiterin, ein Sachbearbeiter Aufgaben erfüllte, sitzt nun eine Case-Managerin, ein Case-Manager. Dabei wechseln nicht etwa Personen den Arbeitsplatz. Auch wurden keine zusätzlichen Qualifikationen erworben. Neu sind lediglich die Türschilder. Andere geben sich zwar keinen neuen Titel, glauben aber, Case Management sei bloss eine neue Bezeichnung für etwas, was sie schon immer taten, und halten deshalb den Erwerb weiterer Kompetenzen ebenfalls für unnötig. Das Netzwerk Case Management Schweiz teilt diese Sichtweise nicht. Dies soll im Folgenden hergeleitet werden.

Der Ursprung von Case Management

Das Case Management stammt aus der sozialen Arbeit und aus der Ge-

meindepflege. Zu Beginn der Siebzigerjahre fand im Sozial- und Gesundheitsbereich ein entscheidender Paradigmenwechsel statt. Bis dahin erfolgte die Betreuung von betagten, sozial auffälligen, psychisch kranken und behinderten Menschen meist in stationären Einrichtungen. Nun setzte sich die Überzeugung durch, dass diese Menschen ambulant ebenso gut versorgt werden können und dass ihre Probleme in ihrem eigenen sozialen Umfeld häufig besser zu lösen sind. Plötzlich sahen sich vor allem die sozialen Dienste konfrontiert mit einer grossen Anzahl Menschen, die ambulant betreut werden mussten. Rasch war die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit erreicht. Eine Vielzahl von neuen Stellen wurde eröffnet, eine noch grössere Zahl von Sozialtätigen war in die Hilfesysteme involviert. Auf diesem Hintergrund wurde das Verfahren «Case Management» in den USA entwickelt. Die fachliche Basis bildete dabei die methodische Einzelfallhilfe (case work) der professionellen Sozialarbeit. Die Profession der sozialen Arbeit hat Case Management immer als eine Erweiterung und Vertiefung des methodischen Handlungsrepertoires und damit als Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenzen verstanden.

Case Management heute

Inzwischen wurde Case Management längst als Verfahren erkannt, das in verschiedenen Berufsfeldern, in verschiedenen Zusammenhängen angewendet werden kann, zum Beispiel im Gesundheitsbereich, im Versicherungsbereich und in der beruflichen Rehabilitation und Integration.



Roland Woodtly

In diesen Bereichen sind Professionen mit unterschiedlichen fachlichen Voraussetzungen, unterschiedlichem Wissensstand und unterschiedlichen Handlungskompetenzen tätig. Sie verfügen über jeweils spezifische Berufskompetenzen und arbeitsfeldspezifische Kenntnisse.

Kompetenzprofil für Case-ManagerInnen

Case Management ist hiermit kein eigener Beruf. Die professionelle Anwendung des Verfahrens beruht aber auf bestimmten Kompetenzen, die in spezifischen Weiterbildungen erworben werden müssen. Bis heute gibt es in der Schweiz kein anerkanntes oder gar verbindliches Kompetenzprofil für Case-ManagerInnen. Ein solches lässt sich jedoch aus den festgeschriebenen Ausbildungszielen der verschiedenen Weiterbildungsangebote ableiten¹. Es umfasst unter anderem folgende Kompetenzen:

¹ siehe dazu die Kursausschreibungen der Hochschulen für Soziale Arbeit Bern und Luzern und des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe in Aarau

- Fähigkeit zum methodischen, systematischen und zielorientierten Denken und Handeln
- Verfahrenskompetenz für die Umsetzung der einzelnen Handlungsschritte im Case Management
- Fähigkeit, komplexe und intransparente Situationen zu erkennen, zu erfassen und zu analysieren und daraus adäquate Schlüsse zu ziehen und Handlungsschritte abzuleiten
- Kommunikationskompetenz und gutes Verhandlungsgeschick
- Fähigkeit, Ressourcen zu erkennen und nutzbringend einzusetzen
- Fähigkeit, professionelle Vertrauensbeziehungen aufzubauen
- Fähigkeit, interdisziplinäre Kooperationen zu planen und zu gestalten
- gute Kenntnisse über das soziale, sozialversicherungsrechtliche und gesundheitliche Dienstleistungssystem
- administrative Kompetenzen für die Bewältigung des Leistungserbringungsprozesses und die Falldokumentation
- Fähigkeit, Prozesse zu gestalten und zu steuern
- Verständnis für betriebliche Zusammenhänge und Fähigkeit, institutionelle Rahmenbedingungen für die Einführung von Case Management zu erkennen und deren Gestaltung anzuregen (Systemmanagement).

Zudem haben Interdisziplinarität und die Überwindung von institutionellen Grenzen im Case Management eine zentrale Bedeutung. Die dafür nötigen Fähigkeiten können im Rahmen der Weiterbildung in interdisziplinär zusammengesetzten Kursgruppen geübt und gelebt werden. Case-ManagerInnen sollen qualifiziert werden, um Case Management unter verschiedenen Rahmenbedingungen, unabhängig vom Anwendungsbereich (für welchen in der Regel aber noch spezifische Fachkenntnisse benötigt werden), umzusetzen. Sie sollen also in erster Linie die erforderlichen Kompetenzen und Fertigkeiten erwerben, um die generalistische Case-Management-Funktion wahrnehmen zu können. Professionalisierung heisst also nicht, ein neues Berufsbild zu schaffen, sondern dafür besorgt zu sein,

Netzwerk Case Management Schweiz

Der Verein «Netzwerk Case Management Schweiz» wurde im März 2004 gegründet und verfolgt unter anderem die folgenden Ziele:

- Förderung des Case Managements und seiner Anwendung in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Förderung des Fachwissens und des Rollenverständnisses der Case-ManagerInnen
- Förderung und Anerkennung von Weiterbildungsangeboten im Bereich Case Management.

Zu diesem Zweck sollen unter anderem die folgenden Aufgaben wahrgenommen werden:

- Entwicklung von Standards
- Definition eines Kompetenzprofils für die Case-ManagerInnen
- Entwicklung von Standards und Richtlinien für die Weiterbildung im Bereich Case Management
- Anerkennung, Zertifizierung und Registrierung im Bereich Case Management.

Kontakt: info@netzwerk-cm.ch

dass sich Fachkräfte auf der Basis ihrer bereits erworbenen beruflichen Kompetenzen so weiter qualifizieren, dass sie das oben beschriebene, formal in der Schweiz zwar noch nicht festgeschriebene, aber doch klar erkennbare Kompetenzprofil erfüllen. Es ist ausserdem anzustreben, dass die angebotenen Weiterbildungen und die AusbilderInnen auf der Grundlage klar definierter Anforderungskriterien zertifiziert werden, wie das beispielsweise in Deutschland bereits der Fall ist. Die Zertifizierung von Weiterbildungsangeboten und AusbilderInnen ist eine Massnahme im Rahmen der Qualitätsentwicklung und somit ebenfalls ein Beitrag zur Professionalisierung.

Verbindliche Standards

In der Schweiz werden weiterhin unterschiedliche Professionen Case Management als Verfahren oder Methode in ihrem beruflichen Kontext anwenden. Ein wichtiger Professionalisierungsschritt ist unter diesen Voraussetzungen auch die Orientierung an gemeinsamen fachlichen Standards bei der praktischen Arbeit. Solche vorerst auf die Verfahrensschritte des Case Managements bezogene Standards werden zurzeit vom Netzwerk Case Management Schweiz ausgearbeitet und demnächst definitiv verabschiedet. Es besteht die Absicht, mit den erarbeiteten Standards eine gemeinsame Basis für eine professionelle und qualita-

tiv hoch stehende Case-Management-Tätigkeit zu bieten. Angestrebt wird, dass die Mitglieder des Netzwerks diese Standards als verbindlichen Orientierungsrahmen anerkennen und sich verpflichten, sie in ihrer beruflichen Praxis umzusetzen.

Fazit

Ein zentrales Wesensmerkmal im Case Management ist die Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure, Professionen und Institutionen. Im Zentrum der Bemühungen soll deshalb die bewusste und professionelle Gestaltung der Zusammenarbeit stehen, und nicht die Abgrenzung und die Entwicklung in Richtung einer eigenständigen beruflichen Identifikation. Case-ManagerIn ist kein Beruf, sondern eine Funktion, die nach definierten Standards ausgeübt werden soll, wofür definierte Kompetenzen und Fertigkeiten erforderlich sind. ■

Autor:
Roland Woodtly

Dozent und Projektleiter
HSA Hochschule für Soziale Arbeit
Luzern

Werftstrasse 1
6002 Luzern

E-Mail: rwoodtly@hsa.fhz.ch
Präsident Netzwerk Case Management Schweiz

E-Mail: info@netzwerk-cm.ch

Finanzierung von Case Management

Gehört das Case Management in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung? Oder in jenen freiwilliger Krankenpflege-Zusatzversicherungen? Oder ist es Sache der einzelnen Versicherer, das Case Management zu bezahlen und als Managementstrategie zu eigenen Gunsten zu nutzen?

Klaus Müller¹

Ein zentrales Merkmal (auch) des schweizerischen Gesundheitswesens ist bekanntlich die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen Kuration, Rehabilitation und Langzeitpflege und zwischen verschiedensten Kosten- und Leistungsträgern (z.B. Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung). Dies führt dazu, dass ärztliche Entscheidungen nicht aufeinander abgestimmt wer-

den, dass zu wenig informiert, kommuniziert und koordiniert wird, dass Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungserbringern und Versorgungssektoren auftreten und dass einzelne Leistungserbringer sowie die verschiedenen Sozialversicherungen gegenseitig Kosten aufeinander abwälzen. Um eine Betreuungskontinuität und nachhaltige Heilungs- und Rehabilitationserfolge sicherzustellen, müssten alle Leistungserbringer zusammenarbeiten und ihre Leistungen koordinieren. Doch dazu fehlen die nötigen Verantwortlichkeiten und Anreize. So motivieren beispielsweise die akutstationären Fallkostenpauschalen die Akutspitäler dazu, Patienten und Kosten auf nachgelagerte Leistungserbringer abzuwälzen. Und Krankenversicherer können durch die Verweigerung von Kostengut-sprachen für Rehabilitationsleistungen Einsparungen zu Lasten der Invalidenversicherung (IV-Renten) realisieren.

Dies alles beeinträchtigt die Effektivität und die Effizienz der Gesamtversorgung. Deshalb wird versucht, mittels Case Management (CM) eine integrierte und umfassend optimierte medizinische Versorgung zu erreichen. Oberste Zielsetzung von CM ist die integrierte Versorgung nach dem Motto «der richtige Patient für die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort». Wie aber soll diese Leistung finanziert werden?

CM als Pflichtleistung?

Eine Möglichkeit besteht darin, CM als Pflichtleistung im Rahmen einer Sozialversicherung – beispielsweise der obligatorischen Krankenpflege-

versicherung – anzuerkennen, sodass der Versicherte einen einklagbaren Rechtsanspruch auf die Finanzierung durch den entsprechenden Versicherer hat. Am Beispiel des KVG soll aufgezeigt werden, wie eine solche Lösung zu begründen wäre.

Voraussetzung für die Finanzierung von Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist

«Damit CM als Pflichtleistung anerkannt würde, müsste nachgewiesen werden, dass eine integrierte Versorgung (nur) mit CM zu erreichen ist.»

die Anerkennung als Pflichtleistung durch die Eidgenössische Leistungskommission (ELK). Die Artikel 32 und 33 KVG verlangen dafür den Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Damit CM als Pflichtleistung anerkannt würde, müsste also nachgewiesen werden, dass das Ziel der integrierten Versorgung (nur) mit CM zu erreichen ist, dass CM praktischen Nutzen bringt und dass die erreichbaren Einsparungen den erforderlichen Kostenaufwand rechtfertigen.

Dabei könnte wie folgt argumentiert werden: Das *Ziel* einer integrierten Versorgung ist zumindest so lange *nur mittels CM zu erreichen*, als auf Seiten der Leistungserbringer (noch) keine Verantwortlichkeit für eine optimale Gesamtversorgung und auch keine Anreize für die dafür nötige Leistungscoordination und Schnittstellenoptimierung bestehen.

¹ Dr. rer. pol. Klaus Müller hat nach langjähriger Lehr- und Forschungs- sowie Beamtentätigkeit (u.a. Aufbau und Leitung der Planungsabteilung des Sanitätsdepartements Basel-Stadt) ein eigenes Beratungsunternehmen gegründet und sich international vor allem als Experte für die medizinische Rehabilitation positioniert. Sein Schwerpunkt liegt in der Beratung der Leistungserbringer im Bereich Qualitäts- und Kostenmanagement sowie der Kantone im Bereich umfassend orientierter Spitalplanungen. Zudem ist er Autor des Buches «Integriertes Leistungsmanagement der medizinischen Versorgung. Gründe und Grundlagen für umfassende Behandlungs- und Rehabilitationsketten bei chronischen Krankheiten» (SGGP-Schriftenreihe Band 51).

Der *Nutzen* von CM besteht in der Überwindung der sektoriellen, fragmentierten und unkoordinierten Verantwortlichkeit der einzelnen Leistungserbringer für ihre jeweiligen Versorgungsepisoden. Durch ein Schnittstellen-Management im Sinne einer Koordination, Kontrolle und Optimierung der individuellen Indikations- und Triagekriterien soll möglichst wirksam sichergestellt werden, dass ein Patient auf der adäquaten Versorgungsebene intersektoriell integriert mit jenen Leistungen versorgt wird, die zur Erreichung seines Behandlungsziels notwendig sind.

Einsparungen sind möglich, indem unnötige diagnostische und therapeutische Leistungen sowie Doppelspurigkeiten vermieden werden. So sollen insbesondere Spitaleinweisungen verhindert und die Spitalaufenthaltsdauer auf das medizinisch notwendige Mass begrenzt und so die Spalkosten verringert werden. Damit CM als Pflichtleistung anerkannt werden könnte, müssten aber diese Einsparungen den erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwand rechtfertigen. Dies erfordert eine Beschränkung des CM auf die komplexen Versorgungsfälle. Zielgruppe von CM wären damit in erster Linie Personen mit chroni-

«Es gäbe keine plausible Begründung dafür, die ‹Versorgung aus einer Hand› den Zusatzversicherten vorzubehalten.»

schon und besonders komplexen Krankheitsbildern beziehungsweise Verletzungen und/oder Behinderungen. Sie sind nämlich die «Hauptversacher von Spalkosten», aber häufig auch «Wanderer zwischen verschiedenen Versorgern und Versorgungssektoren». Denn vor und nach ihrer – häufiger wiederkehrenden – Spitalbedürftigkeit haben diese Personen immer auch einen ambulanten kurativen, häufig einen rehabilitativen und allenfalls auch einen (ambulanten oder stationären)

pflegerischen Versorgungsbedarf. In Folge der demografischen Alterung sowie der weiter zunehmenden Überlebenschancen nach schweren Krankheiten oder Verletzungen wächst die Zahl dieser komplexen Versorgungsfälle und hiermit der CM-Bedarf.

CM als Wahlleistung?

Eine andere Möglichkeit bestände darin, CM als Wahlleistung im Rahmen einer Zusatzversicherung zu definieren. Voraussetzung dazu wäre, dass es sich um eine Leistung handelt, die «nice-to-have» (d.h. wünschbar), aber nicht notwendig ist. Eine integrierte sowie leistungs- und sektorübergreifend kostenoptimierte medizinische Versorgung sicherzustellen, ist allerdings nicht «nice-to-have», sondern vielmehr ein offensichtliches Muss im Sinne einer KVG-konformen Grundversorgung, die den gesetzlichen Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit praktisch Rechnung trägt. So sind beispielsweise bei Patienten nach Hirn- oder Herzinfarkten ohne integrierte Versorgung nachweisbar Re-Infarkte häufiger und nachhaltige Rehabilitationsresultate seltener. Von daher gäbe es keine plausible Begründung dafür, die «Versorgung aus einer Hand» beziehungsweise die Betreuungskontinuität und die entsprechend nachhaltigeren Resultate den Versicherten mit einer Zusatzversicherung vorzubehalten.

Rahmenbedingungen für ein sich selbst finanzierendes CM der Versicherer

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, es jedem Versicherer selber zu überlassen, ob er CM als Instrument für das Leistungsmanagement implementieren will oder nicht. Eine Versicherung wird einen personellen und organisatorischen Aufwand für das CM von sich aus grundsätzlich nur insoweit erbringen, als die mittels Leistungsmanagement erreichten Einsparungen über den damit verbundenen Kosten liegen, sodass sich CM auch betriebswirtschaftlich rentiert. Das CM-spezifische Einsparpotenzial (z.B. weniger Doppel-

spurigkeiten und «Fehlplatzierungen») wurde oben bereits angesprochen. Durch die Begrenzung der CM-Aktivitäten auf die «schlechten Risiken» oder die (potenziellen) «Hochkostenfälle» können die einzelnen Versicherer das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimieren und so die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich CM tatsächlich selber finanziert.

«Durch die Begrenzung des CM auf die ‹schlechten Risiken› können die Versicherer das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimieren.»

Der betreffende Versicherer muss aber auch wirklich selber Nutznießer der resultierenden Kosteneinsparungen sein. Dies ist beispielsweise dann nicht der Fall, wenn durch die CM-Aufwendungen eines Krankenversicherers IV-Rentenleistungen eingespart werden. Andererseits kann ein Krankenversicherer aber auch – unzulässigerweise – Einsparungen zu Lasten der IV realisieren, wenn er die Kostengutsprache für Rehabilitationsleistungen verweigert, dadurch Rehabilitationspotenziale unausgeschöpft bleiben und so unnötigerweise eine Rentenabhängigkeit entsteht. Die Situation der Unfallversicherer ist insofern anders, als diese ja Kostenträger sowohl für Rehabilitations- als auch für Rentenleistungen sind. Damit kommen ihnen die dank CM realisierten Einsparungen im Bereich der Rentenleistungen selber zugute. Dafür müssen sie aber auch selber für die Folgekosten unausgeschöpfter Rehabilitationspotenziale aufkommen. ■

Autor:
Dr. Klaus Müller
Integria Consult
3006 Bern

E-Mail: integria.consult@befree.ch

Leserbrief

Gemeinsame Erklärung (Duplik)

Zu: S. Bradke: Untaugliche Annahmen – falsche Resultate! MC 7/04

Die Aussage im Leserbrief, dass Santésuisse in ihren Statistiken Rechnungen von Schweizer Versandapotheken den in Solothurn und Thurgau ansässigen selbstdispensierenden Ärzten anlastet, entspricht nicht der Datendefinition, wie sie im Santésuisse-Datenpool angewendet wird. Eine Vermischung von Apothekerleistungen mit abge-

gebenen Medikamenten durch Ärzte ist ausgeschlossen. Im Santésuisse-Datenpool können angefallene Medikamentenkosten nach dem Standortkanton des Rechnungsstellers sowie nach dem Wohnkanton der Versicherten erstellt werden. Im Fall von Versandapotheken ist für die Interpretation zu beachten, dass in der Sicht nach Rechnungssteller die

gesamten Kosten dem Standortkanton zugerechnet werden.

*Dr. rer. publ. HSG Sven Bradke,
Geschäftsführer der Ärzte mit
Patientenapotheke APA, St. Gallen
und
lic. rer. pol. Marco D'Angelo,
Leiter Santésuisse-Datenpool,
Solothurn*

Integriertes Case Management – die Erfahrungen der Suva St. Gallen

Viele Versicherer und immer mehr Arbeitgeber betreiben ein eigenes Case Management. Dies kann dazu führen, dass sich Case-ManagerInnen verschiedener Institutionen mit derselben verunfallten und/oder kranken Person befassen. Mit dem integrierten Case Management versucht die Suva St. Gallen in solchen Fällen, die Koordination sicherzustellen.

Chantal Lagler

Mit dem New Case Management (NCM) hat die Suva Anfang 2003 eine neue Art des Schadenmanagements eingeführt. Kernelement des neuen Schadenmanagements ist die frühzeitige und umfassende Betreuung und Beratung der Verunfallten in komplexen Fällen. Eine zentrale Funktion haben dabei die Case-ManagerInnen. Sie übernehmen so früh wie möglich nach dem Ereignis die Betreuung der Verunfallten. Dabei werden sie vom Agenturarzt der Suva,

von Regressspezialisten¹ und von weiteren Fachkräften unterstützt. In der Praxis stellen die Case-Managerinnen und Case-Manager aber fest, dass vor allem in komplexen Fällen auch noch weitere Versicherer (Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) beteiligt sind, die oft ebenfalls ein Case Management betreiben. Zudem haben auch viele Arbeitgeber eine (Vor-)Form von Case Management (z.B. Absenzenmanagement²) eingeführt.

Wenn mehrere Institutionen gleichzeitig Case Management betreiben, führt dies oft zu Problemen. Jeder Partner vertritt primär seine eigenen Interessen und geht auf seine Art und Weise vor. Der Versicherte seinerseits ist durch die unterschiedlichen Leistungsträger oft überfordert oder verunsichert. Zudem besteht das Risiko, dass die Versicherungen über Massnahmen ihrer Partner nicht informiert sind.

Gemeinsame Ziele definieren

Die Suva St. Gallen hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, den Fokus im Rahmen des New Case Managements vermehrt auf die gute Zusammenarbeit mit ihren Partnern zu legen, um Schnittstellenprobleme zu verhindern. Um diesen Ansatz zu erproben, hat sie zusammen mit einem Grosskunden und mit dem Krankentaggeldversicherer dieses Grosskunden per Mitte 2003 ein Projekt zum Thema «Integriertes Case Management» lanciert. Dieses Projekt fokussiert insbesondere auf Schnittstellenprobleme in Fällen, in denen sich Unfall und Krankheit überschneiden. Oberstes Ziel ist die partnerschaftliche, lösungsorientierte Zusammenarbeit mit dem Versicherten, dem Ar-



Chantal Lagler

beitgeber und der Krankentaggeld-Versicherung.

Die einzelnen Projektpartner stellen sicher, dass ihren Partnern eine klar definierte Ansprechperson zur Verfügung steht. Die Ansprechpersonen aller Projektpartner bilden zusammen das «externe Case-Team». Die Führung dieses Teams übernimmt die Case-Managerin der Suva St. Gallen. Die Case-Managerin der Suva trifft sich monatlich mit dem zuständigen Personalleiter des Grossbetriebs. Dann werden sämtliche Fälle diskutiert, in denen ein Problem besteht. Ist eine versicherte Person zusätzlich krankheitsbedingt arbeitsunfähig, wird auch der Case-Manager/die Case-Managerin der Krankentaggeld-Versicherung umgehend beigezogen. Vorteil: Alle sind auf dem gleichen Wissenstand und können gemeinsam das weitere Vorgehen bestimmen. Dank dem Absenzenmanagement kann oft auch der Arbeitgeber wichtige Inputs geben («weiche Faktoren») und komplexe Fälle frühzeitig erkennen. Dabei stehen das Wohl des Versicherten und

¹ Regress = Rückgriff eines ersatzweise haftenden Schuldners (z.B. Unfallversicherer des Unfallopfers) auf Hauptschuldner (z.B. Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers).

² Im Rahmen des Absenzenmanagements erfassen Betriebe systematisch die Ausfallzeiten ihrer Mitarbeitenden. Die Auswertung der Ausfallzeiten dient als Basis, um Probleme frühzeitig zu erkennen und das weitere Vorgehen mit den Mitarbeitenden, Vorgesetzten und Personalfachverantwortlichen gemeinsam festzulegen.

Kasten:

Vorteile für die Beteiligten

Das integrierte Case Management bringt Vorteile für alle Beteiligten:

für die versicherte Person:

- umfassende Betreuung ab dem Unfall (entsprechend dem Grundsatz des New Case Managements der Suva)
- keine Leistungslücken (dank Koordination Krankentaggeld-Versicherer/Suva), frühzeitige Information über Leistungsansprüche
- weniger juristische Auseinandersetzungen zwischen den Versicherern.

für den Firmenkunden/Betrieb:

- klare Ansprechpartner
- Einblick in Arbeitsweise der Versicherer (dank monatlichen Besprechungen), Know-how-Austausch, klare Aufgabenteilung
- das Netzwerkdanken der Vorgesetzten wird gefördert.

für den Taggeld-Versicherer:

- erkennt komplexe Fälle frühzeitig
- Mitsprache bei der Festlegung des weiteren Vorgehens
- geringer administrativer Aufwand
- offene Kommunikation
- der Rechtsweg kann vermieden werden
- profitiert von den Abklärungen der Suva
- kann Entscheide schneller fällen.

für die Suva:

- erkennt komplexe Fälle frühzeitig
- Know-how-Austausch mit dem Arbeitgeber und dem Taggeldversicherer
- profitiert von Abklärungsergebnissen des Krankentaggeld-Versicherers
- optimale Ressourcennutzung, weniger Doppelabklärungen
- schnellere Lösungsfindung und -umsetzung dank direkter Kommunikation; weniger «tote Zeit»
- weniger Einsprachen (von Seiten des Taggeld-Versicherers und/oder der betroffenen Personen) gegen Verfügungen der Suva
- bessere Kundenbetreuung verstärkt die Kundenbindung.

die ihm zustehenden Leistungen im Zentrum.

Am Beispiel einer Arbeitnehmerin des genannten Grosskunden wird im Folgenden aufgezeigt, welche Vorteile ein integriertes Case Management haben kann.

Vernetzte Betreuung konkret

Bei einem Sturz erleidet Frau K. (58) im Juni 2002 einen Wadenbeinbruch. Wegen einer Knochenkrankheit ist sie zu diesem Zeitpunkt bereits zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Der Arbeitgeber meldet der Suva aufgrund der Absenzenkontrolle, dass Frau K. vor dem Unfall immer wieder über längere Zeit arbeitsunfähig war. Die Case-Managerin der Suva organisiert daraufhin ein Treffen mit dem Vertreter der Krankentaggeld-Versicherung und dem Personalleiter des Betriebs. Zu dritt besprechen sie das weitere Vorgehen und besichtigen den Arbeitsplatz. Der Heilungsverlauf von Frau K. ist

schleppend, ein Arbeitsversuch ist nicht möglich. Mit allen Beteiligten finden diverse Gespräche statt. Wegen der lang dauernden Arbeitsunfähigkeit und des Alters von Frau K. wird mit dem Betrieb die Möglichkeit einer frühzeitigen Pensionierung diskutiert. Allerdings müsste Frau K. eine erhebliche Renteneinbusse in Kauf nehmen.

Im Juni 2004 attestiert das Spital aus unfallbedingter Sicht eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, eher sitzenden Tätigkeit. Zu diesem Zeitpunkt ist offen, ob Frau K. auch aus krankheitsbedingter Sicht einsatzfähig wäre. Um langwierige Abklärungen bezüglich Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, vereinbart die Suva mit dem Krankentaggeld-Versicherer, die Leistungen weiterhin zu teilen, und zwar bis zur frühestmöglichen Pensionierung von Frau K. per 1. Dezember 2004. Unfallbedingt wird Frau K. längerfristig nur eine kleine Rente erhalten

(26%). Die Leistungen der IV sind noch nicht bekannt.

Im September 2004 findet wiederum ein Gespräch am runden Tisch statt. Mit dabei sind Frau K., der Sohn von Frau K., der Personalchef des Betriebs, der Vertreter der Krankentaggeld-Versicherung und die Case-Managerin der Suva. Frau K. wird informiert, welche Leistungen sie ab Dezember 2004 von der Pensionskasse, der IV und der Suva erhalten wird und dass sich für die Übergangszeit bis Ende November die Suva und der Krankentaggeld-Versicherer die Leistungen teilen.

Dank der IV-Rente, der Unfallrente der Suva und einer Rente der Pensionskasse ist Frau K. finanziell abgesichert, auch über die ordentliche Pensionierung hinaus. Hätte die Vereinbarung mit dem Krankentaggeld-Versicherer nicht geklappt, wäre Frau K. vom Juni 2004 bis zur Frühpensionierung am 1. Dezember 2004 zum Sozialfall geworden.

Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Projekt zeigen, dass die enge Zusammenarbeit und die gute Kommunikation zwischen den Versicherern zum Erfolg führen: Doppelspurigkeiten werden vermieden, alle Beteiligten sind schneller am Fall, und die finanzielle Sicherheit für unseren Kunden und die Versicherten bleibt gewahrt.

Das System des integrierten Case Managements bringt allen Beteiligten Vorteile (siehe *Kasten*). Die Suva hat deshalb vorgesehen, weitere Projekte mit anderen Kunden und Krankentaggeld-Versicherern zu lancieren. Bereits heute wird zudem in den Fällen, wo ein Haftpflichtversicherer involviert ist, dieser einbezogen. ■

Autorin:

Chantal Lagler

Case Managerin

Suva St. Gallen

Unterstrasse 15

9001 St. Gallen

E-Mail: chantal.lagler@suva.ch

Case Management – ein Fall für Ethik und Recht?

Wer zu einem Fall für ein Case Management wird, ist zwar hilfsbedürftig, sollte deshalb aber nicht sein Recht auf Selbstbestimmung verlieren. Der Beitrag erläutert aus ethischer Sicht, wie dieser Forderung in der Praxis Rechnung getragen werden kann.

Frank Mathwig

Der Begriff «Case Management» steht für eine Reihe von Methoden zur Organisation und Steuerung komplexer (Versorgungs-)Prozesse. Die Verfahren werden als probates Mittel angesehen zur effiziente(re)n Steuerung der als finanziell angeschlagen geltenden westlichen Sozial- und Gesundheitswesen. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive stellen sich dabei zahlreiche Fragen. Grundsätzlich sind Case-ManagerInnen mit all jenen Herausforderungen und Problemstellungen konfrontiert, die in den Standesethiken der Sozial- und Gesundheitsberufe, allen voran in der Pflege- und Medizinethik, thematisiert werden: Welche Funktionen hat Case Management aus ethischer Perspektive im Sozial- und Gesundheitswesen? Wie gehen Case-ManagerInnen angemessen mit PatientInnen/KlientInnen und KollegInnen um? Welche Standards sollen für die Ausbildung und die Berufspraxis gelten und wie werden sie (rechtlich)

geregelt, evaluiert und kontrolliert? Wie kann die Privatsphäre von KlientInnen und Case-ManagerInnen geschützt werden? Wie weit geht die Verantwortung von Case-ManagerInnen gegenüber ihren KlientInnen, den anderen Teammitgliedern und den vorgesetzten Institutionen? Welche (Stellvertretungs-)Funktion haben Case-ManagerInnen im Spannungsfeld zwischen KlientInnen-, institutionellen sowie sozial- und gesundheitspolitischen Interessen? In diesem

«Case Management ist konzeptionell mit vielfältigen Konkurrenz- und Verteilungskämpfen konfrontiert.»

Beitrag möchte ich aus der Fülle möglicher und nötiger Fragestellungen nur eine herausgreifen, die sowohl für die Makro- wie für die Mikroebene grundsätzliche Relevanz besitzt: Wie können Case-ManagerInnen dem Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen Rechnung tragen?

Konfligierende Interessen

Das Autonomieprinzip, die Vorstellung von der (wörtlich) Selbst-Gesetzgebung oder -bestimmung der und des Einzelnen gegenüber jeder Form von Fremdbestimmung und Instrumentalisierung, bildet den Kern des neuzeitlichen Menschenbildes. Wird diese Auffassung (vgl. in der Medizin- und Pflegeethik das Prinzip der «Patientenautonomie») dem Case Management zugrunde gelegt, ergeben sich eine Reihe von Fragen: Wie spiegelt sich die Autonomieforderung im



Frank Mathwig

Case-Management-Prozess wider, in dem die KlientInnen «cases» oder «Fälle» darstellen¹? In welchem Verhältnis stehen die Person und ihre fallrelevanten Aspekte? In welchem Interesse und auf welcher Basis wird selektiert (ausgewählt) (Gate-Keeping)? Welchem Auftrag kommen die Case-ManagerInnen als AnwältInnen (Advocacy-Funktion) nach? Zwischen welchen Instanzen, im Hinblick auf welche Zielsetzungen wird vermittelt (Broker-Funktion)? Wer bestimmt, welche Unterstützung (Support-Funktion) in welchem Ausmass und im Hinblick worauf gewährt wird?²

Alle beteiligten AkteurInnen und Institutionen in Case-Management-Prozessen befinden sich in spezifischen Interessenlagen, die mehr oder

¹ Vgl. W.R. Wendt: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 3. Aufl. Freiburg/Br. 2001: IX: «Der Fall und alles, was mit ihm zu tun hat, nicht eine Person, so muss immer wieder betont werden, ist der Gegenstand des Case Managements.»

² Zu den einzelnen Funktionen vgl. P. Löcherbach: Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebote. In: P. Löcherbach et al. (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied 2002.

weniger stark konfliktieren. Case Management ist konzeptionell mit vielfältigen Konkurrenz- und Verteilungskämpfen konfrontiert. Gelungene Fallsteuerung besteht vor diesem Hintergrund darin, diese Konfliktkonstellationen nicht lösen zu können und sich gleichzeitig nicht von der einen oder anderen Seite vereinnahmen zu lassen.

Asymmetrische Interaktion

Darüber hinaus zeichnet sich Case Management durch eine doppelte Asymmetrie aus³. Es besteht ein Ungleichgewicht und Machtgefälle zwischen KlientInnen und Case-ManagerInnen einerseits sowie zwischen Case-ManagerInnen und den übergeordneten Institutionen andererseits. Dieses Verhältnis ist als Ausdruck gesellschaftlicher Organisation und sozialer Ausdifferenzierung weder spektakulär noch vermeidbar. Wir regeln nicht alles selbst, sondern delegieren viele Angelegenheiten an staatliche, soziale Institutionen, Versiche-

«Es führt kein Weg daran vorbei, die Asymmetrie zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen als soziale Realität anzuerkennen.»

rungen und so weiter. Aufgrund der komplexen organisierten Verwicklungen ist es aber grundlegend wichtig, kritisch zu prüfen, ob und wie die Case-Management-Verfahren mit dem Recht und unseren grundlegenden moralisch-ethischen Überzeugungen (etwa dem vorher erwähnten Autonomieprinzip) übereinstimmen. Soziale Asymmetrien erfordern einen fundierten Diskriminierungs- und Autonomieschutz⁴.

Die Tragweite dieser Forderung lässt sich an einem Beispiel aus der Case-Management-Literatur verdeutlichen. Die «Case Management Society of America (CMSA)» formuliert in ihren «Standards»: «Der Case-Manager ist anwaltlich sowohl für den Patienten als auch für den Zahler da, um eine vorteilhafte Situation für den Patien-

ten, das Versorgungsteam und den Zahler herbeizuführen.»⁵ Hier wird eine Advocacy-Funktion für KlientInnen und *zugleich* für Leistungsanbieter und Kostenträger reklamiert. Wie problematisch diese Forderung ist, erschliesst sich unmittelbar beim Vergleich mit einem Gerichtsverfahren: Der Anwalt einer Angeklagten hätte dann *gleichzeitig* sowohl die Interessen der Angeklagten als auch jene der Exekutive (Richter, Staatsanwaltschaft) und jene der Legislative (staatliche Gesetzgebung) zu vertreten. Dass hier gravierende Interessenkollisionen vorliegen (wer wäre in einem solchen Prozess noch unbefangen?), wird unmittelbar klar.

Im Sozial- und Gesundheitswesen wird die Frage des asymmetrischen Handelns als *Paternalismusproblem* diskutiert. Paternalismus kann «als jener Gebrauch von Zwang verstanden werden, bei dem es um das Erwerben eines Gutes geht, das von der Person, für die dieses Gut angestrebt wird, nicht als solches erkannt wird»⁷. Der Person fehlt das Wissen, die Kompetenz oder auch die Fähigkeit, das fragliche Gut überhaupt als erstrebenswert zu erkennen. Im Unterschied zu meinem Auto, das ich einem kompetenten Fachmann zur Reparatur anvertraue, betreffen die Aufgaben, welche Case-ManagerInnen stellvertretend für mich («an meiner Stelle» oder «in meinem Sinne») übernehmen, nicht irgendwelche beliebigen Güter (Autos, Gartenpflege), sondern unmittelbar meine Person (meine Gesundheit, Lebensbedingungen oder -chancen).

Mit Asymmetrie umgehen

Entgegen dem schlechten Beigeschmack, der dem Paternalismusbegriff allgemein anhaftet, führt aber kein Weg daran vorbei, das wechselseitige Angewiesensein, die Asymmetrie zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen als «anthropologische Konstante» und soziale Realität anzuerkennen. Brumlik und Keckeisen haben für diese Gratwanderung zwischen Autonomie und Paternalismus zwei Maximen vorgeschlagen: «a) Hilfsbedürftigkeit nicht hinweg-

zudefinieren; und b) Hilfsbedürftigkeit nicht aufzuoktrozieren»⁸. Beide Regeln versuchen, dem anfangs erwähnten Autonomieanspruch trotz asymmetrischer Machtverhältnisse Rechnung zu tragen: Die Forderung, Hilfsbedürftigkeit nicht zu unterschlagen, reflektiert die lebenspraktische Erfahrung, dass es Situationen gibt, in denen die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten in einem

«Das Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen kann nur in dem Mass Berücksichtigung finden, wie die Autonomie der Case-ManagerInnen gewährleistet ist.»

Mass eingeschränkt sind, dass eine Stellvertretung notwendig wird, mit dem Ziel, die Fähigkeit zur Selbstvertretung wiederzugewinnen («empowerment»). Die komplementäre Forderung, Hilfe nicht aufzuzwingen, entspricht dem Prinzip des «informed consent», wonach jede Unterstützungsleistung der Bevollmächtigung durch die oder den Unterstützten bedarf.

Wechselseitiger Schutz der Autonomie

Die Autonomieforderung darf aber nicht auf die KlientInnenseite beschränkt bleiben. Denn deren Selbstbestimmungsrecht kann nur in dem Masse Berücksichtigung finden, wie die Autonomie, Entscheidungsfreiheit und Kompetenz der Case-Ma-

3 Vgl. H.-U. Dallmann: Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. In: H.-R. Reuter et al. (Hg.): Freiheit verantworten. Festschrift für W. Huber. Gütersloh 2002: 140-152.

4 Dieser Sachverhalt muss deshalb besonders betont werden, weil die ökonomische (auch gesundheitsökonomische) Theoriebildung weit gehend von solchen Asymmetrien zwischen den Beteiligten abstrahiert.

5 Zit. n. W. R. Wendt, a. a. O., 155.

6 Vgl. J. Weiss: Alieno nomine agere. Stellvertretung im Recht, in: Ders.: Handeln und Handeln lassen. Über Stellvertretung. Opladen 1998: 67-86.

7 G. Dworkin: Paternalism, zit. n. M. Brumlik: Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Bielefeld 1992: 233 f.

8 M. Brumlik, W. Keckeisen: «Etwas fehlt». Zur Kritik und Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit in der Sozialpolitik. Kriminologisches Journal 4/1976: 258.

nagerInnen selbst (als wesentliche Bedingungen ihrer Verantwortlichkeit) gewährleistet sind. Case Management braucht (rechtliche) Rahmenbedingungen, die wirksam vor einer Instrumentalisierung durch Dritte schützen. Auch in privatwirtschaftlich organisierten Bereichen darf der prinzipielle Vorrang der Person (KlientInnen) vor der Institution (Leistungsanbieter) nicht in Frage gestellt werden. Die Aufgabenbeschreibung der CMSA wird den sozial- und gesundheitspolitischen Realitäten in keiner Weise gerecht und ist damit unbrauchbar. Vielmehr muss Case Management als «Verfahrensanwaltschaft» aus der KlientInnenperspektive entwickelt werden⁹.

⁹ Den Hinweis auf die «Verfahrensanwaltschaft» verdanke ich Maja Nagel. Die TeilnehmerInnen des ersten Nachdiplomstudiengangs «Case Management für die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen» des WE'G und SBK haben die ethischen Richtlinien für ein solches Advocacy-Modell entwickelt (Veröffentlichung folgt).

Auf der Makroebene der Sozial- und Gesundheitspolitik folgt daraus unmittelbar die ethische Forderung nach gerechten Versorgungsstrukturen. Diese müssen keinesfalls Effizienzüberlegungen widersprechen. Im

«Auch in privatwirtschaftlichen Bereichen darf der prinzipielle Vorrang der Person vor der Institution nicht in Frage gestellt werden.»

Gegenteil, der sorgfältige, sparsame und zweckgerichtete Mittelverbrauch ergibt sich aus der Gerechtigkeitsforderung selbst. Untrennbar mit der Gerechtigkeitsforderung verbunden sind die Forderungen, dass die vorhandenen Mittel gerecht verteilt werden und dass insbesondere alle den gleichen Zugang zu entspre-

chenden Informationen und Leistungen erhalten, dass Entscheidungen transparent gemacht und KlientInnen daran beteiligt werden, dass KlientInnen Angebote ablehnen und eigene, abweichende Zielsetzungen formulieren dürfen und dass ihre Persönlichkeit, besonders im Hinblick auf die KlientInnendaten, geschützt wird. Case-ManagerInnen brauchen das gesetzliche Fundament und die institutionelle Unterstützung, um diesen Forderungen entsprechen zu können. Nur so entgehen sie dem Schicksal von Goldonis Truffaldino, «Diener zweier Herren» zu werden. ■

Autor:

Dr. Frank Mathwig

Schweizerischer Evangelischer
Kirchenbund SEK – FEPS

Institut für Theologie und Ethik
Sulgenauweg 26

3000 Bern 23

E-Mail: frank.mathwig@sek-feps.ch

Disease Manager – eine Rolle für den Hausarzt?

von Ruedi Wartmann,

Mitglied des Redaktionsausschusses und des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Ruedi Wartmann

Im Kontext des immer schnelleren medizinischen Fortschrittes mit zunehmender Spezialisierung und Ressourcenverknappung zeichnet sich ein Paradigmenwechsel für den Hausarzt ab. In diesem Veränderungsprozess kann die Implementierung von Disease-Management-Programmen (DMP) eine Chance für den Grundversorger darstellen.

DMP sind ein wichtiger Bestandteil von integrierten Versorgungsnetzen. DMP steigern die Effektivität durch eine horizontale Strukturierung der Behandlungskette, eine gute Behandlungsqualität und den Ausbau der Prävention mit noch stärkerem Einbezug und erhöhter Selbstverantwortung der Patienten.

Wenn die Hausärzte die Initiative zur Einführung von Disease-Management-Programmen ergreifen, profitieren nicht nur die Patienten und die Kostenträger, sondern auch die Hausärzte selber: Sie erhalten die Gelegenheit, Erfahrungen mit modernen Methoden des Patientenmanagements zu sammeln. Ihr Aufgabenfeld verändert sich; dies erfordert auch eine Neuausrichtung der Grundversorgerpraxen. Benötigt werden

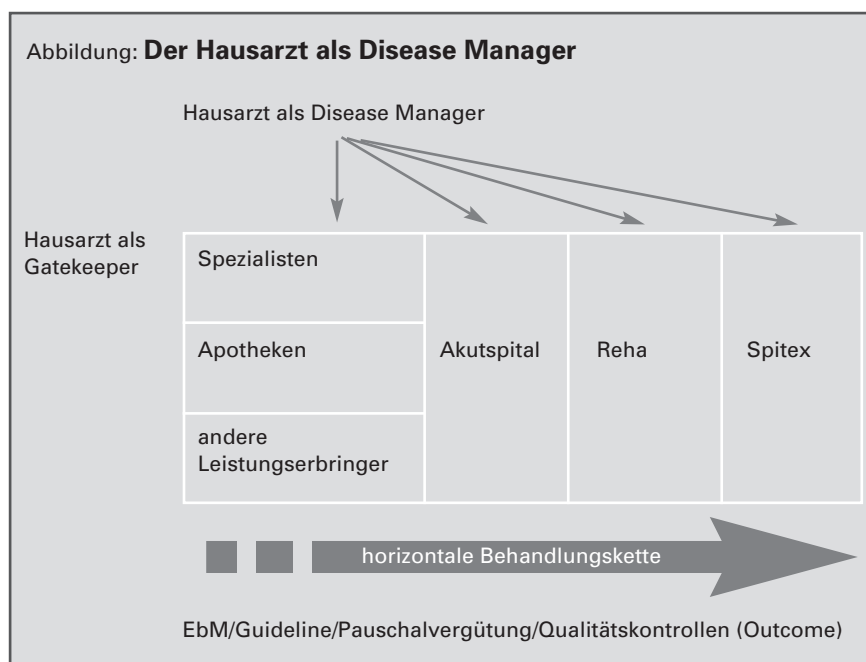
beispielsweise IT-basierte Patientenregister, Recallsysteme, krankheitsspezifische Dokumentationen, Monitoring-Systeme zur Messung der Behandlungsergebnisse (Outcome), Patiententagebücher und eine Patientenschulung. Auch die medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) müssen dabei einbezogen und entsprechend qualifiziert werden. Solche Neuerungen werden die Hausarztpraxen erkennbar verändern und können deutliche Verbesserungen im Versorgungssystem herbeiführen.

Wenn es gelingt, den DMP mit entsprechenden Anreizen einen ausreichenden Rückhalt im Versorgungssystem zu verschaffen, können diese Programme zur Stärkung des Berufsbildes der Grundversorger beitragen und eine echte Chance für die zukünftige Rolle des Hausarztes darstellen. Eine weitere positive Begleiterscheinung der Umsetzung von DMP durch die Grundversorger

könnte darin bestehen, dass in der Hausarztpraxis vermehrt krankheitsspezifische Daten strukturiert erfasst werden, was die Forschungstätigkeit in der Grundversorgermedizin fördern könnte. In diesem Bereich ist sicher ein Entwicklungspotenzial vorhanden.

DMP verlangen eine vernetzte Interaktion zwischen allen beteiligten Leistungserbringern, wobei die Hausärzte eine Gatekeeperfunktion übernehmen (siehe *Abbildung*). Dies kann die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Personen und Institutionen nachhaltig positiv verändern.

Rudolf Wartmann,
Customer Care Manager, Novartis
Pharma Schweiz AG, Bern;
Mitglied des Redaktionsausschusses
und des Redaktionellen Beirats
der Zeitschrift «Managed Care»



Neuer Beruf «Fachangestellte/r Gesundheit» (Teil 2): Veränderung der Pflegeberufe



von Heinz Mohler

Mit der dem Fachangestellten Gesundheit wird ein neuer Beruf im Gesundheitswesen positioniert, der alle Pflegeberufe beeinflusst. Es ist eine Chance, das Gesundheits- und Bildungswesen zu optimieren. Die Institutionen des Gesundheitswesens sind gefordert, in einem gezielten Entwicklungsprozess diese Chance zu nutzen.

Wie werden die Fachangestellten Gesundheit (FaGe) den Berufsalltag der Pflege verändern? Haben sie Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Pflege? Macht die neue Ausbildung den Bereich der Pflege wirklich attraktiver? Diese Fragen sind erst in fünf bis zehn Jahren schlüssig zu beantworten. Trotzdem ist es heute schon möglich, Tendenzen aufzuzeigen. Dabei muss die Gesamtsystematik miteinbezogen werden.

Reformprozesse

Die Berufsbildung im Gesundheitswesen ging in der Vergangenheit davon aus, dass für die Arbeit mit Klientinnen und Klienten das Mindestalter von 18 Jahren erforderlich sei. Die Pflegeausbildungen waren auf die Optik der Medizin ausgerichtet und damit zu mehr als 70 Prozent von medizinischen Inhalten geprägt. Eine Professionalisierung zum eigenständigen Berufsfeld war nur schwer möglich.

Mit der Reform von 1992 NAB (neue Ausbildungsbestimmungen des SRK) wurde inhaltlich die pflegerische Sichtweise mehr gewichtet. Eine strukturelle Reform der Ausbildung wurde jedoch nur zaghafte angegangen. Die zwei Diplomniveaus und die Pflegeassistenz zeigten eine für die Schweiz fremde Systematik.

Mit der Reform des Berufsbildungsgesetzes 2004 wurden die Sozial- und Gesundheitsberufe neu im Rahmen der generellen Berufssystematik der Schweiz geregelt. Die Zuständigkeit für die Berufsbildung des Gesundheitswesens wechselte von den Kantonen, die bisher dem SRK den Reglementierungsauftrag erteilt hatten, zum Bund und damit zum BBT¹. Die Diplombildungen sind nun neu auf Tertiärstufe angesiedelt. Auf der Sekundarstufe II ist der neue Beruf Fachangestellte Gesundheit lanciert worden. Somit ist es möglich, mit 16 Jahren bereits einen Gesundheitsberuf zu erlernen, der eine eigene Kompetenz mit sich bringt.

Berufsfeld der Pflege

Bisher mussten die Aufgaben, die eine qualifizierte Tätigkeit verlangen, von diplomierten Pflegenden übernommen werden. Dies umso mehr, weil der Beruf der Krankenpflegerin FASRK seit der vorletzten Reform aufgehoben wurde. Durch verschiedene Entwicklungen hat sich das Tätigkeitsfeld der Pflege stark auf administrative und zum Teil auch hauswirtschaftliche Arbeiten oder solche aus dem Bereich der Hotellerie ausgeweitet. Dazu kommt eine berufeigene Kultur des «alle machen alles», unabhängig der beruflichen Qualifikation. Nur selten wurden Strukturen aufgebaut, welche den Einsatz von Pflegenden gemäss ihrer differenzierten Kompetenzen ermöglichen. Zum Teil auch, weil die Pflegenden gewisse Hierarchien in ihrem Feld als negative Entwicklung verstehen und als Machtmissbrauch wahrnehmen. Im Weiteren sind die Kompetenzen zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Feld nie den neuen Entwicklungen der Pflegeausbildung angepasst worden.

Politische Entwicklungen

– **Bildungspolitik:** Das neue Berufsbildungsgesetz stärkt die berufliche Grundbildung (FaGe). Als Eintrittsbedingungen für die Diplombildungen ist ein Abschluss auf der Sekundarstufe II im beruflichen oder allgemein bildenden Bereich gefordert. In der Region Basel erfüllen heute 60 Prozent der Lernenden in einer Diplombildung die Voraussetzung für eine Diplombildung gemäss dem in Zukunft gültigen Berufsbildungsgesetz nicht. Folge: Weniger Lernende werden direkt die Ausbildung zum Pflegediplom in Angriff nehmen.

– **Gesundheitspolitische Entwicklung:** Die gesundheitspolitische Entwicklung wird primär durch die demografische Entwicklung geprägt. Das heisst, dass ältere Menschen vermehrt Dienstleistungen des Gesundheitswesens benötigen. Die medizinische Entwicklung macht es möglich, mehr Krankheiten in kürzerer Zeit zu therapieren. Daraus resultiert, dass in Akutinstitutionen die

Fallzahlen steigen und sich die Aufenthaltszeit verkürzt. Dabei sind die Klienten älter. In Langzeitinstitutionen sind je nach Region mehr Betten notwendig. Dies bedeutet, dass mehr Fachpersonal benötigt wird. Das Pflegepersonal muss auf verschiedenen Qualifikationsstufen einsetzbar sein, um dieser Entwicklung mengen- und qualitätsmässig begegnen zu können.

– **Finanzpolitische Situation:** Die finanzpolitische Situation ist angespannt, dies muss nicht weiter erläutert werden. Die Situation wird sich weiter verschärfen, einerseits durch die gesundheitspolitische, andererseits durch die bildungspolitische Entwicklung: Sie positioniert den Diplombereich auf Tertiärstufe, was möglicherweise Lohnforderungen dieser AbsolventInnen nach sich ziehen wird.

Veränderungen im Berufsalltag der Pflege

Wir haben mit den FaGe einen Beruf, der einen Teil der heutigen Kompetenzen der Pflegenden beinhaltet und im Bereich der Administration, Alltags- und Umfeldgestaltung sogar eine umfassendere Ausbildung ermöglicht. Die FaGe als Berufspartner der Diplomierten werden in Zukunft gezielt eingesetzt werden müssen und gewisse Arbeiten der diplomierten Pflegefachpersonen übernehmen. Damit wird dieser Beruf eine Lücke füllen, welche durch die bildungspolitische Entwicklung – weniger Diplombildungsabschlüsse wegen höheren Zulassungsbedingungen – entstehen wird.

Ich bin überzeugt, dass die Qualität der Pflege mitunter davon abhängig ist, wie gezielt die qualifizierten Berufsgruppen eingesetzt werden können. Ich vertrete die Ansicht, dass wir verschiedene Qualitätsstufen benötigen. Damit kann ein wirtschaftlicher Einsatz bei eventuell verbesserter Qualität erreicht werden. Voraussetzung dafür ist, dass entsprechende institutionelle Strukturen und klare Kompetenzprofile entwickelt werden. Dies muss nicht nur intradisziplinär, sondern auch interdisziplinär erfolgen. Die neue Ausbildung wird den Bereich der Pflege attraktiver machen. Denn der Pflegeberuf kann künftig auf unterschiedlichste Art und Weise und mit unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen erlernt werden. Entscheidend ist, dass für die FaGe in den Institutionen des Gesundheitswesens ein attraktives Berufsfeld mit eigenen und attraktiven Kompetenzen geschaffen wird.

Autor:

Heinz Mohler

Projektleiter Umsetzung nBBG

Amt für Berufsbildung und Berufsberatung

Rosenstrasse 25

4410 Liestal

E-Mail: heinz.mohler@bksd.bl.ch

¹ BBT: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie

Integrierte Vollversorgung für Deutschland

Nach zahlreichen krankheitsbezogenen integrierten Versorgungsansätzen soll jetzt in Deutschland eine integrierte Vollversorgung aufgebaut werden. Die Prognos AG (Basel) schlägt aufgrund von Managed-Care-Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz drei Grundmodelle vor, wie die integrierte Vollversorgung umgesetzt werden kann.

Michael Steiner, Leo Buchs

Der erste Versuch in Deutschland im Jahr 2000, integrierte Versorgung einzuführen, ist aufgrund fehlerhafter Anreizstrukturen gescheitert. Mit dem seit dem 1. Januar 2004 geltenden GKV¹-Modernisierungsgesetz sind die Rahmenbedingungen optimiert worden. Insbesondere die finanziellen Anreize durch ein IV-Budget in Höhe von rund 680 Millionen Euro pro Jahr haben zu einem Wettlauf

der IV-Modelle geführt. Um möglichst viel vom diesem IV-Budget abschöpfen zu können, werden derzeit in Deutschland indikationsbezogene IV-Verträge aus dem Boden gestampft.² Diese IV-Verträge beziehen sich hauptsächlich auf ausgewählte Krankheitsbilder oder Behandlungsformen (wie Endoprothetik, Kardiochirurgie, Interventionelle Kardiologie/Chroniker-Versorgung KHK³ etc.), um die Schnittstellenproblematik der bisherigen Regelversorgung zwischen einzelnen Sektoren und bei einzelnen Krankheitsbildern zu beheben.⁴ Mit integrierter Versorgung als ganzheitlichem Ansatz haben diese Verträge jedoch nicht viel zu tun.

Dem ganzheitlichen Versorgungsansatz können nur integrierte Vollversorgungsmodelle gerecht werden. Diese lassen sich – aufgrund der notwendigen Komplexität – nicht schnell aus dem Boden stampfen. Die Komplexität bezieht sich nicht auf das Versorgungsmodell an sich, sondern vielmehr auf die benötigten Steuerungsinstrumente für ein medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling. Die Komplexität ergibt sich daraus, dass integrierte Vollversorger die medizinische und ökonomische Verantwortung tragen für die eingeschriebenen Versicherten.

Grundlagen Versorgungskonzept

Für den Start integrierter Versorgung sind die Träger und die Anbieter entscheidend. Grundsätzlich können alle Anbieter im Gesundheitswesen und/oder Managementgesellschaften Träger einer IV-Gemeinschaft sein. Die direkte finanzielle Beteiligung der Krankenkassen ist in Deutschland aufgrund ihrer Rechtsform (Anstalt öffentlichen Rechts)



Michael Steiner



Leo Buchs

bisher noch nicht möglich. Der Prognos⁵ erscheint jedoch eine – wie auch immer geartete – Beteiligung der Krankenkassen unabdingbar beim Aufbau solch komplexer Organisationsformen. Die *Abbildung* stellt die Beziehungen der Beteiligten im Rahmen einer integrierten Versorgung dar. Der integrierte Versorger bietet der Krankenkasse ein Produkt an, welches die Krankenkasse wiederum

1 GKV: gesetzliche Krankenversicherung

2 Zirka 100 so genannte integrierte Versorgungsverträge bis Herbst 2004

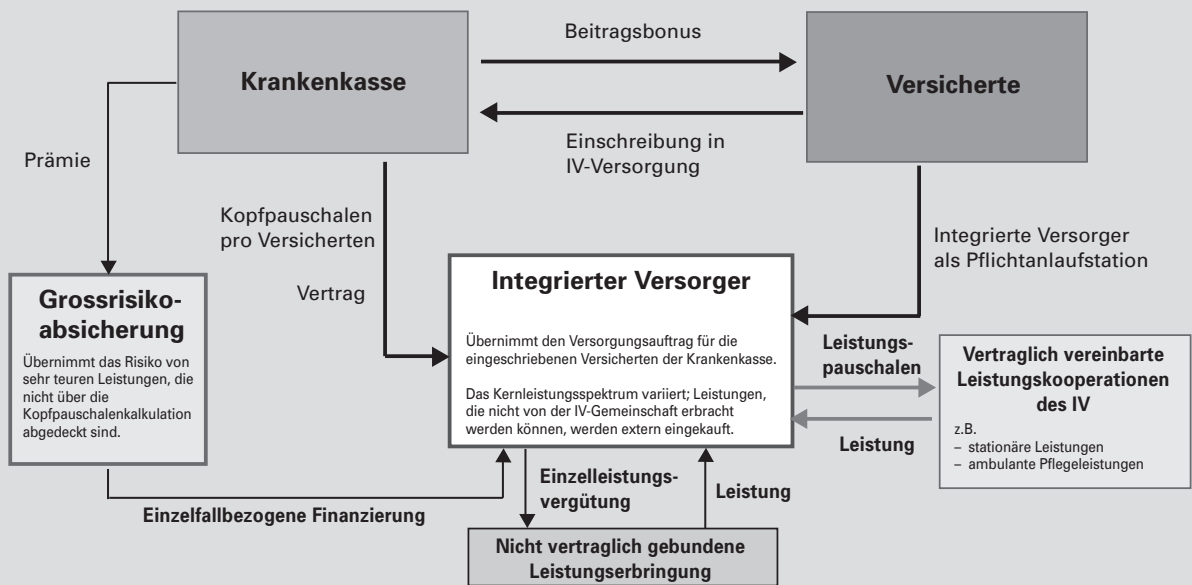
3 KHK: Koronare Herzkrankheit

4 Dies soll unter anderem auch durch die auf Bundesebene geförderten Disease-Management-Programme erreicht werden.

5 Die Prognos AG ist ein Wirtschaftsforschungs- und Beratungsinstitut, welches Politik und Wirtschaft mittels neutraler Analysen und Gutachten bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt. Ein zentrales Geschäftsfeld ist der Bereich Gesundheit & Soziales. Gegründet wurde die Prognos 1959 in Basel. Internet: www.prognos.com

Abbildung:

Grundstruktur einer integrierten Vollversorgung



Quelle: Prognos 2001, angepasst 2004

ihren Versicherten als Dienstleistungsprodukt in Verknüpfung mit weiteren Vertragsbestandteilen (Boni, als Pflichtanlaufstation IV-Gemeinschaft etc.) offeriert als alternative Versicherungsform. Der integrierte Versorger erbringt das Leistungsspektrum der Vollversorgung entweder in Eigenleistung oder kauft Leistungspakete oder Einzelleistungen ein (klassische «Make or buy»-Entscheidung).

Dieses Versorgungskonzept ist grundsätzlich nicht neu. Die hohen Anforderungen an die medizinischen und betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente und die fehlenden Anreizmechanismen haben aber bisher in Deutschland alle Beteiligten vor integrierten Vollversorgungsmodellen zurückschrecken lassen. Die medizinischen Steuerungsinstrumente beinhalten drei Steuerungsfelder, nämlich die Koordination, die Kommunikation und die Kooperation. Beispiele für medizinische Steuerungsinstrumente sind ärztliche Qualifikation, Präsenzzeiten, Praxisausstattung, Patientensteuerung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entlang der Leistungskette, evidenzbasierte Medizin/Leitlinien, Qualitätszirkel, Qualitätsindikatorenmessung,

Datenverarbeitungsstrukturen, Patientendossier sowie medizinische Auswahlkriterien für den Preferred-Provider-Ansatz.

Als betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente dienen beispielsweise Kosten- und Leistungscontrolling (intern und extern), betriebswirtschaftliche Auswahlkriterien für die Preferred Provider und Marketing (wobei aktive Risikoselektion verboten bleibt). Dabei ist zu beachten, dass der Spielraum für Marketingaktivitäten in Deutschland bedeutend geringer ist als in der Schweiz.

Drei Grundmodelle integrierter Vollversorgung

Eine renommierte deutsche Krankenkasse hat nun die Prognos AG (Basel) beauftragt zu prüfen, ob es Geschäftsmodelle gibt, die diesen Anforderungen gerecht werden können. Dabei ist es zentral, dass die Anreize für die Krankenkasse und für den integrierten Versorger in die gleiche Richtung zielen.

Die Prognos schlägt in ihrer Studie basierend auf den Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz drei Grundmodelle vor, welche die integrierte Vollversorgung in Deutschland umsetzen können.

Modell 1: «Integriertes Versorgungszentrum mit Ärztenetz»

- Zentrum erbringt fachärztliche, spezialisierte Leistungen.
- Hausarztnetz übernimmt flächendeckende Versorgung und stellt Gatekeeper- und Lotsenfunktion sicher. Besonders geeignet für verstädterte Region mit hohem Anteil multimorbider Versicherter. Beispiel aus der Praxis: HMO-Gesundheitsplan Basel (CH).

Modell 2: «Dezentrales Ärztenetz»

- Strukturierte Behandlung durch Ärztenetz: Der Patient wird entlang der Behandlungskette medizinisch begleitet.
- Satellitenstruktur (kleinräumige persönliche Zusammenarbeit bei überregionaler Gesamtstruktur). Besonders geeignet für ländliche Regionen mit geringer Anbieterdichte. Beispiel aus der Praxis: QP-Qualitätspraxen GmbH, Region Südbaden (D).

Modell 3: «Ambulantes Zentrum»

- Zentrale Erbringung der Gesundheitsversorgung für die Familie.
- Strukturierte Behandlung, Gesundheitsförderung und Servicequalität als zentrale Leistungsmerkmale.

Besonders geeignet für Ballungsräume mit hoher Anbieterdichte als Alternative zur bisherigen sektoralen Versorgung. Beispiel aus der Praxis: HMO-Zentrum (CH).

Damit Geschäftsmodelle der integrierten Vollversorgung für die Krankenkassen interessant sind, müssen die Risiken kalkulierbar sein. Die Vorteile der IV-Geschäftsmodelle liegen für die Kassen auf der Hand: Zum einen können sich die Krankenkassen im Wettbewerb absetzen. Zum anderen stärken integrierte Versorger den Wettbewerb unter den Leistungserbringern (beispielsweise durch Einzelverträge, hochwertige Versorgung, Exklusivrechte).

Die Risiken für die Leistungserbringer, zum Beispiel Fehlinvestitionen (falls das Geschäftsmodell von den Kassen zurückgezogen wird), lassen sich durch einen frühen Dialog und Erfahrungsaustausch mit den Krankenkassen minimieren.

Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz nutzen

Unternehmensstrukturen und Steuerungsinstrumente, die sich eignen, die medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung zu übernehmen, wurden bisher nur punktuell erprobt. In Gänze wurden sie bisher nicht umgesetzt. Die Krankenkassen in Deutschland verfügen je nach Managed-Care-Vorgeschichte über Erfahrungen mit dem Einsatz einzelner betriebswirtschaftlicher und medizinischer Steuerungsinstrumente. Diese Erfahrungen müssen, neben den Erfahrungen der Managed-Care-Pioniere unter den frei praktizierenden Ärzten, genutzt werden, um komplexe integrierte Vollversorgungsmodelle aufzubauen. Darüber hinaus gilt es, die Erfahrungen und Steuerungsinstrumente aus den Schweizer Managed-Care-Modellen zu nutzen. Deutschland hat die notwendigen gesetzlichen Rahmenbindungen für die integrierte Vollversorgung ge-

schaffen. Jetzt müssen Leistungserbringer und Investoren gefunden werden, die über die indikationsspezifischen integrierten Versorgungsansätze hinaus integrierte Vollversorgung wagen. Basierend auf den bestehenden Erfahrungen können entsprechende Geschäftsmodelle entwickelt werden. ■

Autoren:

Michael Steiner

Prognos AG

Geschäftsfeldleiter

Gesundheit & Soziales

Aeschenplatz 7

4010 Basel

E-Mail:

michael.steiner@prognos.com

Leo Buchs

MHC Consulting

Inhaber

Leihgasse 44

6342 Baar

E-Mail: l.buchs@mhc-consulting.ch

Gemeinsame Entscheidungsfindung: von Stolpersteinen und Verantwortung

Gemeinsame Entscheidungsfindung bringt zufriedeneren Patienten und bessere Compliance. Sie kann aber auch die PatientInnen verunsichern und dem Arzt ermöglichen, sich seiner Verantwortung zu entziehen. Bericht vom Weiterbildungsnachmittag der Sanofi-Aventis in Bern vom 25. November 2004.

Brigitte Casanova

Eine medizinische Entscheidung soll der Arzt gemeinsam mit dem Patient treffen. Am Weiterbildungsnachmittag der Sanofi-Aventis in Bern vom 25. November 2004 zweifelte eigentlich niemand daran. Die Veranstaltung mit dem Titel «Shared-decision-making: a new challenge for the physicians?»¹ brachte dann aber neben den Vorteilen auch einige Tücken der gemeinsamen Entscheidungsfindung ans Licht. Die Referenten zeigten, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in allen Fällen und für alle Patienten ideal ist.

Gemeinsam verantwortete Übereinkunft

Gemeinsame oder partizipative Entscheidungsfindung wird beschrieben als «ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen». Diese Definition lieferte Martin Härter, Privatdozent an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Freiburg. Die gemeinsame Entscheidungsfindung liegt damit zwischen dem althergebrach-

ten paternalistischen Modell und der Informed-Choice. Was damit gemeint ist, erläuterte Glyn Elwyn, Professor für Primary Care an der Universität von Swansea (Wales): Im paternalistischen Modell entscheidet der Arzt für den Patienten; bei der Informed-Choice wird der Patient vom Arzt informiert, und der Patient trifft dann selber die Entscheidung. Dabei hält sich der Arzt zurück. Die volle Verantwortung liegt beim Patienten, «was diesen nicht unbedingt glücklich macht», wie Elwyn anfügte.

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird nun diese Verantwortung wenn möglich geteilt. Dabei sind immer mindestens zwei Personen involviert, der Arzt und der Patient. Oft reden die Angehörigen und enge Freunde ebenfalls direkt oder indirekt mit, so Elwyn. Dem Patienten wird erklärt, dass in seiner Situation mehrere Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Um dem Patienten die Wahl zu geben, ist es unabdingbar, dass die Möglichkeiten mit all ihren Risiken und Benefits verständlich erläutert werden. Dann erst kann eine Entscheidung, idealerweise in Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient, getroffen werden. Wichtig ist dabei, so Elwyn, dass der Patient alle nötigen Informationen erhält, und dass der Arzt die Werte und Vorlieben des Patienten integrieren kann.

Zufriedenerer Patienten, bessere Compliance ... und die Kosten?

Alle Referenten waren Verfechter der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Martin Härter erläuterte die Vorteile: Wenn sich die PatientInnen an den Entscheidungen beteiligen, so verbessert dies die Therapietreue (Compliance). Dies wiederum führt zu besseren Behandlungsergebnissen und trägt zu höherer Zufriedenheit der PatientInnen und ÄrztInnen bei. Auch die Ärzte profitieren von der besseren Arzt-Patienten-Beziehung. Zudem wird der Arzt oder die Ärztin entlastet, wenn die Verantwortung



Martin Härter, Privatdozent an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Freiburg



Glyn Elwyn, Professor für Primary Care an der Universität von Swansea (Wales)



Julian Schilling, Privatdozent am Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich

der medizinischen Entscheidung gemeinsam getragen wird. Oder wie Julian Schilling, Privatdozent am Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich, es ausdrückte: «Eine geteilte Sorge ist eine halbe Sorge.» Studien aus Deutschland zeigen, dass eine Schulung der Ärzte die Patientenpartizipation fördert, und dass die PatientInnen mehr mit der Meinung der Ärzte übereinstimmen, so Härter. Erstaunlicherweise hat sich in Deutschland die Konsultationszeit nicht erhöht, wenn die Ärzte in partizipativer Entscheidungsfindung geschult waren. Härter ist der Meinung, dass auch das Gesundheitssystem profitiert, weil die Gesundheitsleistungen effizienter genutzt werden.

¹ Zu deutsch: Gemeinsame (oder partizipative) Entscheidungsfindung: eine neue Herausforderung für die Ärzte? Die Veranstaltung wurde in Englisch gehalten.

Dabei erhofft man sich von gemeinsamer Entscheidungsfindung, so Julian Schilling, dass sie die Kosten senkt: «Bis heute fehlen aber Daten, welche eine Kostenreduktion belegen.» In der Schweiz kann der zeitbasierte Tarmed eine gemeinsame Entscheidungsfindung, welche Zeit beansprucht, für den Arzt lohnend machen. Dies würde heissen, dass sich die Kosten sogar erhöhen würden. Die Versicherer halten sich wohl deshalb in der Frage gemeinsamer Entscheidungsfindung zurück, so Schilling. Die Pharmaindustrie hingegen ist daran interessiert: Ist der Patient vom Produkt durch die Information des Arztes überzeugt und durch die Vertrauensbeziehung zum Arzt bestärkt, wird er nicht auf den Preis achten.

Schwierigkeiten und Stolpersteine

Schilling wies aber auch auf die Schwierigkeiten hin: Ein Patient mit akuten Rückenschmerzen kommt in die Praxis. Der Arzt bringt die Rückenschmerzen in Zusammenhang mit dem Übergewicht und der schwachen Rückenmuskulatur des Patienten. Dies erklärt er auch dem Patienten. Der Patient will aber nicht abnehmen und findet, Massage sei besser als Muskeltraining. Welche Entscheidung wird nun getroffen? Eine Wellness-Behandlung mit ein bisschen Gymnastik? «Patienten wissen oft sehr genau, was sie wollen», so Schilling. Und manchmal sei es einfach dasselbe, was der Nachbar erhalten habe. Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung gibt es noch weitere Stolpersteine. «Nur schon den PatientInnen zu erklären, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, ihr gesundheitliches Problem anzugehen, kann schlecht ankommen», so Glyn Elwyn. Die PatientInnen könnten denken, dass der Arzt nicht weiss, was er tun soll und dass er unsicher ist. Die PatientInnen sind sich nicht gewöhnt, dass sie mitentscheiden können. Es muss zudem auch geklärt werden, ob der Patient überhaupt in die Entscheidungsfindung einbezogen werden will. Die PatientInnen sollen nur so weit involviert werden, wie sie selber es wollen, sagte Elwyn, «ansonsten fühlen sie sich im Stich gelassen.

Auch besteht die Gefahr, dass der Patient mit Informationen überladen wird. In diesem Fall wird er sagen, er sei mit allem einverstanden, um sich keine Blösse zu geben. Für Elwyn bedeutet dies, dass auch die PatientInnen eine gewisse Kompetenz brauchen. Zudem müsse man sich bewusst sein, dass es schwierig sei, mit medizinischer Unsicherheit umzugehen und diese zu kommunizieren. Die Unsicherheit kann dabei beim Arzt, im Fachgebiet oder in der Statistik liegen. Als nützlich in schwierigen Situationen haben sich «narratives» erwiesen, so Elwyn. Dies sind Gespräche, welche die PatientInnen mit Menschen führen, welche eine Behandlung oder Operation bereits hinter sich haben. Die Erzählungen dieser Menschen helfen den PatientInnen, sich zu entscheiden.

Noch einen weiteren Punkt wollte Glyn Elwyn nicht unerwähnt lassen: Der Arzt kann kein Placebo einsetzen. Der Effekt verschwindet, wenn der Patient in die Entscheidung einbezogen wird.

Bei Prostatakrebs-Screening oder bei Notfällen nur bedingt geeignet

Alain-François Junod, Professor am Universitätsspital Genf, hat sich mit gemeinsamer Entscheidungsfindung in der Frage des Prostata-Karzinom-Screenings befasst. Dabei wird der PSA²-Wert im Blut gemessen, welcher auf ein Prostatakarzinom hinweisen kann. Im Moment, so Junod, gibt es keine Evidenz dafür, dass das PSA-Screening die Mortalität von Prostatakrebs senkt. Einem Patienten zu erklären, dass man nach einem Tumor suche, der wahrscheinlich klinisch nie relevant werde, sei schwierig. Gemäss Junod lassen sich Männer, welche über die PSA-Screening-Problematik informiert wurden, weniger screenen. «Wenn das Wissen über ein Vorgehen so unklar ist, soll dann die Entscheidung dem Patienten überlassen werden», fragte sich Junod, «oder entzieht sich damit der Arzt einfach dem Problem?»

Auch Heinz Zimmermann, Privatdozent am Universitätsspital Bern, wies darauf hin, dass gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in allen medizinischen Bereichen einfach umzusetzen sei. Wer entscheidet bei einem Notfall, eine Ambulanz zu rufen? Oft



Alain-François Junod,
Professor am
Universitätsspital
Genf



Heinz Zimmermann,
Privatdozent am
Universitätsspital
Bern



Heiner C. Bucher,
Professor am Basler
Universitätsspital



Jürg Schifferli,
Professor am
Universitätsspital
Basel

sind dies Passanten, Angehörige, nur manchmal der Patient selber. Wenn der Patient auf der Notfallstation nicht ansprechbar ist, werden meist Angehörige gefragt, was der Patient denn gewünscht hätte. Selbst wenn der Patient ansprechbar ist, muss man sich fragen, wie überlegt eine Entscheidung des Patienten ist. Bei einem Herzinfarkt zum Beispiel haben die Patienten starke Schmerzen und grosse Angst. Informed-Consent oder gemeinsame Entscheidungsfindung kann in einem solchen Moment «im Widerspruch mit den Bedürfnissen des Patienten stehen», so Zimmermann. Studien hätten gezeigt, dass Ärzte den Wunsch der Patienten nach Informationen und Beratung unterschätzen, während

2 PSA: Prostata-spezifisches Antigen.

sie den Wunsch des Patienten danach, selber die Entscheidungen zu treffen, überschätzen.

Wieso gemeinsame Entscheidungsfindung?

Trotzdem sprechen wichtige Argumente für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Insbesondere die PatientInnen wollen sie: 50 Prozent der EuropäerInnen sagen in Umfragen, dass sie in medizinische Entscheidungen einbezogen werden möchten. Bei Jüngeren ist der Anteil tendenziell höher als in der Nachkriegsgeneration, wie Glyn Elwyn berichtete.

Ein weiteres Argument für gemeinsame Entscheidungsfindung erläuterte Heiner C. Bucher, Professor am Basler Universitätsspital. Die Evidence based Medicine liefert immer mehr und eindeutiger Informationen zu Behandlungsrisiken und Prognosen. Diese müssen dem Patienten kommuniziert werden. Dazu sind Entscheidungshilfen (decision aids) nützlich. Dies sind Darstellungen, in denen das Risiko optisch und sprachlich gut verständlich erklärt wird. Wenn der Patient versteht, worum es geht, kann er aufgrund seiner persönlichen Werte mitentscheiden. Dies ist ein wichtiger Punkt, so Bu-

cher, denn die persönlichen Werte des Arztes und die des PatientInnen stimmen oft nicht überein. Wenn nun der Arzt über die Behandlung entscheidet (z.B. Antikoagulation³), so heisst dies, dass der Patient nicht erhält, was er will. Bucher: «PatientInnen akzeptieren beispielsweise ein höheres Hirnblutungsrisiko als der Arzt.» Nicht jeder Patient ist zudem bereit, gleich viel Risiko auf sich zu nehmen.

Julian Schilling erinnerte daran, dass sich der gute Arzt schon immer dadurch ausgezeichnet habe, dass er ein offenes Gehör hat, verständlich informiert und berät, und den Patienten in die Entscheidung einbezieht. Schilling: «Gemeinsame Entscheidungsfindung sollte nur wieder etwas mehr in Mode kommen.»

Die Verantwortung trotzdem tragen

Jürg Schifferli, Professor am Universitätsspital Basel, versuchte am Ende der Veranstaltung eine Synthese. Er wies insbesondere auf die Schwierigkeiten hin: Wollen die Patienten wirklich gemeinsam entscheiden? Dass der Patient besser informiert

werden muss, im besten Fall mit Entscheidungshilfen (decision aids), war an der Veranstaltung unbestritten. Nur: Mit Entscheidungshilfen kann man manipulieren, wie man gerade will, gab Schifferli zu bedenken. Zudem wird es nicht immer einfacher zu entscheiden, je mehr man über eine Sache weiss. Und wann überflutet man einen Patienten mit Informationen?

Trotz der vielen Bedenken, die im Verlauf der Veranstaltung genannt wurden, zweifelte niemand daran, dass sowohl der Arzt als auch der Patient zur Entscheidung beitragen sollen. Denn die medizinischen Möglichkeiten sind gewachsen, das Informationsangebot auch, und Patienten- und Klientenorientierung ist gefordert: Mit gemeinsamer Entscheidungsfindung könne dem allem begegnet werden, und sie entspreche zudem ethischen Kriterien, so Härter. Am Schluss aber warnte Jürg Schifferli die Ärzte davor, sich der ärztlichen Verantwortung zu entziehen, und bei Entscheidungen «alles» den PatientInnen zu überlassen. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA
REDAKTION «MANAGED CARE»

³ Antikoagulation: Hemmung der Blutgerinnung.

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Bescheiden anfangen

«Definieren Sie, basierend auf den Bedürfnissen der Versicherten, ein Grundleistungspaket.» Dies ist eine der Empfehlungen an nationale Gesundheitsbehörden, die Viktor Hediger und Claudia Süßmuth Dyckerhoff aus einer Analyse des schweizerischen Gesundheitssystems ableiten. Allerdings zeigten die Erfahrungen der Schweiz, dass es schwierig sei, aus einem einmal definierten Paket einzelne Leistungen wegzustreichen. Ländern, die ein Grundleistungspaket für die gesamte Bevölkerung implementieren möchten, empfehlen die beiden McKinsey-Mitarbeitenden deshalb, mit einem bescheidenen und bezahlbaren Paket zu beginnen und dieses erst im Laufe der Zeit gegebenenfalls auszubauen. (rs)

Quelle: Viktor Hediger und Claudia Süßmuth Dyckerhoff: *The Swiss Way: Make consumers feel the pain*. In: Axel Baur et al.: *Health Europe* Number 4, McKinsey & Company, Düsseldorf, 2004.

Gerechtigkeit gefährdet

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs macht das schweizerische Gesundheitssystem ungerechter. Zu diesem Schluss kommen Samia A. Hurst und Alex Mauron, indem sie die best- und schlechtestmöglichen Auswirkungen auf verschiedene «Fairness»-Parameter bewerten. Unter anderem könne sich die Zugänglichkeit des Versorgungssystems verschlechtern. Um dies zu verhindern, müssten die Krankenversicherer öffentlich versprechen, auf den Ausschluss von Ärzten mit «teuren» Patienten zu verzichten, oder der Staat müsste entsprechende Vorschriften erlassen. – Allerdings würde dadurch auch der angestrebte Einsparungseffekt verringert. Hier liege das Kernproblem: Vielleicht seien die Gesundheitskosten in der Schweiz bei höherer Ärztedichte nur deshalb höher, weil dann benachteiligte Regionen und/oder Bevölkerungsgruppen adäquater versorgt würden. In diesem Fall wäre der Einsparungseffekt einer Aufhebung

des Kontrahierungszwangs mit impliziter Rationierung verbunden. (rs)

Quelle: Samia A. Hurst, Alex Mauron: *Selective contracting of Swiss physicians: ethical issues and open questions*. *Swiss Medical Weekly* 2004; 134: 632–639. Internet: www.smw.ch

Ist Demokratie gesund?

In demokratischen Ländern leben die Menschen länger, und die Kinder- sowie die Müttersterblichkeit ist tiefer als in Diktaturen. Zu diesem Schluss kommen Álvaro Franco et al. in einer Untersuchung, die 170 Länder einbezieht. «Gut zu wissen», kommentiert Christopher Martyn im «British Medical Journal» (BMJ). Aber: Hätten wir der Studie geglaubt, wenn sie zum umgekehrten Schluss gekommen wäre? Und: Hätte die Studie in diesem Fall den Review-Prozess des BMJ überlebt? Dabei hätte das umgekehrte Ergebnis die Leser vor interessante Fragen gestellt: Wie viele Lebensjahre würden Sie opfern, um einmal wählen zu dürfen? Und: Eine wie hohe Kindersterblichkeit würden Sie in Kauf nehmen, wenn sie dafür die Versammlungsfreiheit und das Recht auf freie Meinungsäußerung erhielten? (rs)

Quellen: Álvaro Franco et al.: *Effect of democracy on health: ecological study*. *BMJ* 2004; 329: 1421–1423. Und: Christopher Martyn: *Politics as a determinant of health*. *BMJ* 2004; 329: 1423–1424. Internet: www.bmj.com

Minimale Mitwirkung vorausgesetzt

Wenn die «Invalidisierung ganzer Bevölkerungsschichten» zielgerichtet bekämpft werden soll, sei die «vornehme Zurückhaltung des Gesetzgebers im Bereich der Schaffung von Anreizen» für Betriebe «nicht mehr angemessen»; darüber sei man sich international einig. Die in der Schweiz bestehende «streng privatrechtliche Sichtweise auf das ArbeitgeberInnen-ArbeitnehmerInnen-Verhältnis» sei in dieser Hinsicht «suboptimal», stellen Véronique Merckx und Nancy Wayland Bigler vorsichtig fest. Bereits heute sei klar, dass das im Rahmen der 5. IV-Revision diskutierte Früherkennungs-

system «die Einführung einer zumindest minimalen aktiven Mitwirkung der Arbeitgebenden in der Bekämpfung von Invalidisierungsprozessen voraussetzt». (rs)

Véronique Merckx und Nancy Wayland Bigler: *Disability Management: Internationale Erkenntnisse liegen vor*. *Soziale Sicherheit CHSS* 6/2004: 385–388.

Anpassung nicht in Sicht

Der Vernehmlassungsentwurf zum Teil «Managed Care» der KVG-Revision sieht unter anderem vor, dass integrierte Versorgungsnetze eine Budgetverantwortung für die medizinische Versorgung übernehmen können. Die Budgetverantwortung könne durchaus «ein nützliches Instrument darstellen», meint dazu die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin. «Sie bewirkt eine Anreizumkehr, wie wir dies schon ansatzweise bei jetzt bestehenden Versorgungsnetzen sehen.» Aber: Diese Anreizumkehr greife heute leider «bei chronischen und polymorbiden Patienten nicht oder nur in sehr geringem Masse». Solange der Risikoausgleich nur auf Alter, Geschlecht und Region basiere, konzentrierten sich die Versicherer nämlich «auf die Risikoselektion gesunder Versicherter», und die Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung hätten an der Betreuung «teurer Patienten» kein Interesse, weil «mit jedem polymorbiden Patienten die Durchschnittskosten ihrer Betriebsorganisation» stiegen. Bevor die Versorgungsnetze durch spezielle Anreize gefördert werden, müsse deshalb «unbedingt die Frage des Risikoausgleichs bereinigt werden»: Der Risikoausgleich müsse mit Indikatoren ergänzt werden, die auch den Gesundheitszustand berücksichtigen. Eine solche Anpassung sei aber «leider nicht in Sicht, obwohl schon jetzt praxistaugliche Indikatoren bestehen». (rs)

Quelle: *Stellungnahme der SGAM zur Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Teil Managed Care*. *PrimaryCare* 2005; 5: Nr. 1–2: 7–9.

Analyse des Wandels

«**M**anaged Care ist ein Paradigmawechsel im Gesundheitswesen. Leistungserbringer und Versicherer übernehmen eine gemeinsame Kostenverantwortung, statt sich gegenseitig den Schwarzpeter an der Kostenexplosion zuzuschieben.» So beginnt Jost Gross das Vorwort zum deutsch-französischen Buch «Managed Care – Pionierland Schweiz» von Daniel Finsterwald. Damit spricht er gleich das Herzstück von Finsterwalds Masterarbeit in Public Policies am «Institut d'Etudes Politiques» in Paris an. Finsterwald hat die Managed-Care (MC)-Entwicklung in der Schweiz detailliert beschrieben und den Wandel analysiert – seit dem Anstoss fünf junger Ökonomen aus Bern am Anfang der Achtzigerjahre, welche die Arbeitsgruppe HMO der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP bildeten. Finsterwald beschreibt diesen Wandel als kulturellen Prozess, in dessen Verlauf es zu wesentlichen Neuerungen kam: Ärzte und Versicherer haben zum ersten Mal zusammengearbeitet, Hausärzte haben die gesamte Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patienten übernommen (Gatekeeping), sie haben die Rechnungen aus der gesamten Behandlungskette eingesehen, sie haben sich mit dem Spital besprochen, sie haben sich in Qualitätszirkeln getroffen und sie haben auch wirtschaftliche Verantwortung übernommen. Wandel hat aber auch auf Seiten der Versicherer stattgefunden. Gemäss Finsterwald sind die Versicherer erstmals über ihre Rolle als Zahlstelle hinausgewachsen, indem sie selber HMO aufgebaut und Rabatte gewährt haben. Sie haben erstmals Verträge mit einzelnen Ärztegruppen ausgehandelt (und nicht ausschliesslich mit den Kantonalgesell-

schaften), und sie haben mit anderen Kassen zusammengearbeitet. Wie ein solcher Wandel im Gesundheitswesen eingeleitet werden konnte, erklärt Finsterwald anhand der «advocacy coalition framework»-Theorie. Diese kognitive Theorie stammt aus den Politikwissenschaften: Sich gegenüberstehende Interessensvertreter (wie zum Beispiel die Ärzte und die Versicherer) können gemeinsame Werte und Ziele haben und sind so bereit, in einer Koalition dafür zu kämpfen. Wissenschaftler können eine entscheidende Rolle dabei spielen, dass überhaupt eine Koalition zustande kommt. In der MC-Entwicklung waren dies GesundheitsökonomInnen. Sie haben mit ihren Publikationen gezeigt, so der Autor, dass auch Ärzte als «Homini oeconomici» handeln. Und sie haben 1986 in einem nationalen Forschungsprogramm die Ursachen der Kostenexplosion dargelegt. Ihre Reformvorschläge enthielten wesentliche MC-Elemente. Und so kam eine Koalition zwischen Ärzten, Versicherern und GesundheitsökonomInnen zustande, welche den Wandel im Gesundheitswesen hin zu MC initiierte. Dass der Wandel gelungen ist, schreibt Finsterwald der Strategie der Akteure zu. Diese haben HMOs quasi durch die Hintertüre eingeführt, indem sie den gesetzlichen Spielraum ausgenutzt haben, und nicht das ganze System zu ersetzen versuchten. Der grösste Widerstand sei anfänglich von den Ärzten gekommen, und nicht von der Politik. Die HMOs haben sich nicht flächendeckend durchgesetzt, aber sie haben gemäss Finsterwald die Reformen beschleunigt, indem die Ärzteschaft auf die Bedrohung durch HMOs reagiert und selber Hausärztnetze gegründet hat. Hilfreich für die MC-Entwicklung waren auch traditionell liberale Wertvorstellungen in der Schweiz und das

Kopfprämiensystem, welches die Prämienerhöhungen sicht- und spürbar macht. Finsterwald beschreibt auch die Stolpersteine eines Wandels. Im Buch ist übersichtlich nachzulesen, wie die MC-Entwicklung in der Schweiz abgelaufen ist: Von den ersten Publikationen und Tagungen der GesundheitsökonomInnen hin zu den juristischen Gutachten über das Recht, in der Schweiz HMO einzuführen; von der Gründung der ersten HMO 1990 in Zürich Wiedikon bis zum Scheitern der 2. KVG-Revision. Angereichert ist das Buch mit Zitaten von zehn Schweizer HMO-Pionieren. Im ersten Teil des Buches findet man die Geschichte des schweizerischen Gesundheitswesens. Es beginnt mit dem ersten Verfassungsauftrag von 1890, der verlangte, dass ein Gesetz über die Krankenversicherung zu erarbeiten sei. Dieses Gesetz wurde 1911 angenommen und blieb praktisch unverändert bis 1994. Das Buch beschreibt im Weiteren die Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems und erklärt das Konzept von Managed Care. Der erste Teil ist also interessant für Neulinge im MC-Bereich und für jüngere LeserInnen, welche die Geschichte des schweizerischen Gesundheitswesens noch nicht seit Jahrzehnten verfolgen konnten. Der Rückblick auf die schweizerische MC-Entwicklung und die Analyse des Wandels zeigen auf, dass, obwohl erst 8 Prozent der SchweizerInnen in HMOs oder Hausärztnetzen versichert sind, ein wesentlicher Wandel oder eben Paradigmawechsel im schweizerischen Gesundheitswesen stattgefunden hat. (bc)

Daniel Finsterwald (2004): Managed Care – Pionierland Schweiz. Managed Care – La Suisse pionnière. Schriftenreihe der SGGP Nr. 75. Bern. ISBN 3-85707-75-3. Preis: 40 Franken für Mitglieder SGGP. 52 Franken für Nichtmitglieder. Internet: www.sggp.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
3. März, Bern	Telematiktage: Healthcare Forum	MKR Consulting AG, Franziska Goldinger, Steinerstrasse 37, 3006 Bern. Tel. 031-350 40 55. Fax 031-350 40 51. E-Mail: franziska.goldinger@mkr.ch; Internet: www.telematiktage.ch
3. März, Basel	Telemedizin und ihre Folgen	ta-swiss, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, Birkenweg 61, 3003 Bern. Tel. 031-322 99 63. Fax 031-323 36 59. E-Mail: ta@swtr.admin.ch; Internet: www.ta-swiss.ch
3.–5. März, Berlin (D)	6. Jahrestagung DNEBM: «10 Jahre EBM in Deutschland – was hat es gebracht?»	Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V., c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Martina Westermann, Wegelystrasse 3, Verbändehaus, D-10623 Berlin. Tel. 0049-30 4005 2539. Fax 0049-30 4005 2555. E-Mail: westermann@azq.de; Internet: www.ebm2005.de
4. März, Bern	2. Medvantis Forum Gesundheitsmanagement	Medvantis, Sekretariat, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern. Tel. 031-340 05 00. Fax 031-340 05 55. E-Mail: info@medvantis.ch; Internet: www.medvantis.ch
10. März, Olten	DRG-Fallkosten-Seminar	FHS – Fachhochschule für Wirtschaft, Technik und Soziale Arbeit, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: wbwi@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/weiterbildung
10. März, Olten	1. Consano-Symposium: «Medizinische Grundversorgung im Spannungsfeld zwischen Kostennotwendigkeit, Rechtsunsicherheit und Spardruck»	Consano, Ziegelfeldstrasse 5, 4600 Olten. Fax 062-212 29 51. E-Mail: jegerolten@bluewin.ch; Internet: www.consano.ch
11. März, Basel	Mehr Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen durch die Zulassung ausländischer Leistungserbringer und Versicherer: Fluch oder Segen?	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
12. März, Winterthur	Evidence-Based Medicine	WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
17.–20. März, Basel	2 nd International Conference «Clinical Ethics Consultation»	Institut for Applied Ethics and Medical Ethics, Nicola Stingelin, Missionsstrasse 21A, 4055 Basel. Tel. 061-260 21 90. Fax 061-260 21 95. Internet: www.iaeme.ch
18. März, Bern	Rekole und DRG	Controllerverein Schweiz, Arbeitskreis Gesundheit, c/o Rainer Stelzer, Albisriederplatz 6, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet: www.controllerverein.ch
30. März–1. April, Washington (USA)	International Summit on Redesigning the Clinical Office Practice	IHI Institute for Health Care Improvement, 375 Longwood Avenue, 4 th Floor, Boston MA 02215. Tel. 001-888 320 6937. Fax 001-617 754 4830. Internet: www.ihl.org
7.–8. April, Paris (F)	World Health Care Congress – Europe	World Congress, Pascal Lardier, 500 West Cummings Park, Suite 5200, Woburn, MA 01801, USA. Tel. 001 781-939 2438. Fax 001 781-939 2490. E-Mail: p.lardier@worldcongress.com; Internet: www.worldcongress.com
8.–9. April, Berlin (D)	10. Nationale Arbeitstagung Telematik im Gesundheitswesen	Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin. Tel. 0049-30 8445 4500. Fax 0049-30 8445 4510. E-Mail: info@telemed-berlin.de; Internet: www.telemed-berlin.de
13.–14. April, Hamburg (D)	Medizinische Versorgungszentren	Euroforum Deutschland GmbH, Postfach 11 12 34, D-40512 Düsseldorf. Tel. 0049-211 9686 3584. Fax 0049-211 9686 4040. E-Mail: info@euroforum.de; Internet: www.euroforum.de
13.–15. April, London (UK)	10 th European Forum on Quality Improvement in Health Care	European Forum on Quality Improvement in Health Care, BMH Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: www.quality.bmjppg.com
25. April, Aarau	Zwischen Reformdynamik und Verunsicherung: Bildungsreform im Gesundheitswesen	WE'G, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 69. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
12. Mai, Zürich	7. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung	RVK RÜCK, Geschäftsstelle, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-417 69 65. E-Mail: info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch
12. Mai, Olten	Assistenz: Ich als ArbeitgeberIn	Agile Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Effingerstrasse 55, 3008 Bern. Tel. 031-390 39 39. Fax 031-390 39 35. E-Mail: info@agile.ch; Internet: www.agile.ch
23.–25. Mai, Berlin (D)	3. Tagung des Föderschwerpunkts «Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess»	Tagungssekretariat, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg. Tel. 0049-761 270 6984. Fax 0049-761 270 6984. E-Mail: andreas_loh@psyallg.ukl.uni-freiburg.de; Internet: www.patient-als-partner.de
25. Mai, Zürich	Symposium «Forum Managed Care»: Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung	Forum Managed Care, c/o College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@forummanagedcare.ch; Internet: www.forummanagedcare.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
30. Mai-3. Juni, Luzern	Soziale Schweiz – soziales Europa (Veranstaltungswoche)	Soziale Schweiz – Soziales Europa, c/o Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 98. Fax 041-367 48 49. E-Mail: socialeurope@hsa.fhz.ch; Internet: www.socialswitzerland-socialeurope.org
6.–7. Juni, Zürich	Einführung ins Case Management	WE'G (s. oben)
8.–10. Juni, San Diego (USA)	1 st Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	IHI Institute for Health Care Improvement (s. oben)
9. Juni, Luzern	Psychische Gesundheit	Hilfsverein für Psychischkranke, Schlosstrasse 1, 6005 Luzern. Tel. 041-310 17 01. Fax 041 310 11 80. E-Mail: hilfsverein.lu@freesurf.ch; Internet: www.hilfsverein.lu.ch
22. Juni, Bern	2. Schweizerischer Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie	Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.msdc.ch
22.–24. Juni, Aarau	Prozessmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
23.–24. Juni, Bern	Swiss Public Health Conference	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 40, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. E-Mail: info@sgpg.ch; Internet: www.sgpg.ch
23.–24. Juni, Aarau	Konzepte von Pflegeorganisationen und Managed Care: Primary Nursing, Case Management, Behandlungspfad	WE'G (s. oben)

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
14. März–10. Juni, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 11. April (25 Tage), Einsiedeln	Führen in einem Gesundheitszentrum	Hplus (s. oben)
23.–27. Mai, Lausanne	Your Future in Health Care: Matching Costs and Benefits	Isabelle Chapuis, Executive Education, Institute of Health Economics and Management IEMS, Université de Lausanne, César-Roux 19, 1005 Lausanne. Tél. 021-314 49 86. Fax 021-314 69 11. E-Mail: executive.health@unil.ch; Internet: www.hec.unil.ch/iems
Beginn: 13. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
13. Juni–1. Juli, Ifkara (Tansania)	Clinical Priorities in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute (s. oben)
13. Juni–1. Juli, Basel	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute (s. oben)
Beginn: 25. Juni (23 Tage), Aarau	Qualitätsmanagement im Gesundheitsunternehmen	Hplus (s. oben)
Beginn: 19. August (12 Tage), Winterthur	Medizin- und Spitalinformatik	WIG (s. oben)
Beginn: 31. August, Bern (18 Tage)	Wirksam managen im Gesundheitswesen	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
31. August–3. September, Heiden	Strategisches Prozessmanagement	Universität St. Gallen, Institut für Betriebswirtschaft, IfB Management-Seminare, Dufourstrasse 40a, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. Fax 071-224 28 84. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/weiterbildung
Beginn: 27. Oktober (12 Tage), Winterthur	Gesundheitswissenschaft	WIG (s. oben)
Beginn: Oktober (23 Tage), Aarau	Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen	WE'G (s. oben)
Beginn: Oktober (60 Tage), St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS (s. oben)

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Disability Management

Disability Management (DM) hat zum Ziel, die individuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Menschen zu optimieren, die gesundheitlich beeinträchtigt sind. Eine internationale Konferenz vom 13.–15. September 04 in Maastricht (Niederlande) hat sich intensiv mit DM befasst: Es ging um die berufliche (Re-)Integration von Menschen, welche gesundheitlich eingeschränkt sind. Dabei sind vor allem die Arbeitgeber gefordert: Proaktiv sollen Fehlzeiten erhoben und Lösungen für den Erhalt des Arbeitsplatzes gesucht werden. Angestellte und Führungspersonen sollen gemeinsam verantworten, dass Anpassungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden. Immer geht es darum, dass die personellen und betriebswirtschaftlichen Folgekosten kontrolliert werden. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird als entscheidender Schritt in der Rehabilitation gesehen. Dabei sollen die Bedürfnisse des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen hat sich in den USA und in Kanada bewährt. Es schlägt sich in einer tieferen Absenzenquote und einer besseren Produktivität der gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeitenden nieder, lohnt sich also für die Firmen direkt. (bc)

Quelle: Véronique Merckx, Nancy Wayland Bigler: Disability Management: Internationale Erkenntnisse liegen vor. In: Soziale Sicherheit Nr. 6/2004, S. 385 ff.

Wenn geistig behinderte Menschen pensioniert werden

Herzprobleme, Infektionen, Übergewicht: Früher waren sie oft verantwortlich für den vorzeitigen Tod von geistig behinderten Menschen. Mit der modernen Medizin und dank der verbesserten Betreuung leben sie heute viel länger. Das heisst auch, dass sie oft nicht mehr vor ihren Eltern sterben, die sie betreut haben, sondern beim Tod eines Elternteils auf institutionelle Hilfe angewiesen werden. Heute erreichen beispielsweise Menschen mit Down-Syndrom oft das Pensionsalter. Serge Bednarczyk, Präsident der Fondation Aigues-Vertes (Integrationsstätte für Menschen mit geistiger Behinderung) be-

richtet, dass in Genf das Angebot an Heimplätzen für diese Altersgruppe vergrössert werden muss. (bc)

Quelle: Laurence Bézaguet: Les handicapés mentaux vivent de plus en plus vieux. In: Tribune de Genève. 23. November 04.

Effizienz von Prävention

Prävention ist kosteneffektiv und kann zu Einsparungen führen. Zu diesem Schluss kommen Christian Krauth und Alexander Haverkamp von der Medizinischen Hochschule Hannover. Bei gesundheitsökonomischen Studien werden Kosteneinsparungen oder Kosten pro gewonnenes Lebensjahr (life year saved/LYS) ausgewiesen. Sind diese kleiner als 10 000 Euro/LYS, so gelten Präventionsmassnahmen als eindeutig effizient, Kosten bis 50 000 Euro/LYS sind noch immer gleichwertig mit akutmedizinischen Interventionen. Die Autoren haben verschiedenste Gesundheitsprobleme beleuchtet: Blutdrucksenker und Ernährungsumstellungen sind effizient bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch Raucherentwöhnungsprogramme erwiesen sich als kosteneffektiv. Und leichte Trainings- und Aktivitätsprogramme sparen direkte und indirekte Kosten bei akuten und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. (bc)

Quelle: Christian Krauth, Alexander Haverkamp: Was wissen wir über Kosten und Effizienz von Präventionsprogrammen? In: Forum Public Health, Nr. 45, Dezember 2004, Seite 6. Internet: www.elsevier.de/pbh

Krankheitsbezogene Guidelines und Mehrfacherkrankungen

Guidelines werden an Patienten entwickelt, die an *einer* Krankheit leiden, und welche zudem die Medikamente richtig einnehmen. Ältere Patienten und solche mit mehreren Krankheiten werden meist aus Studien ausgeschlossen. Können die Resultate auf multimorbide, ältere Patienten übertragen werden? Was gilt, wenn ein Patient an Diabetes, Herzinsuffizienz, Schlaflosigkeit und Osteoporose leidet? Dies fragen sich die Autoren Tinetti, Bogardus und Agostini im «New England Journal of Medicine».

Selten werden Prioritäten vorgegeben in Guidelines, wenn verschiedene Medikamente verschrieben werden.

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
**KONFLIKTFELDER IN DER
GESUNDHEITSSTEUERUNG**

Erscheinungsdatum: 8. April 2005

**Hot Spots in der Gesundheits-
steuerung**

**Qualität und Budgetverant-
wortung**

**Patientenmanagement:
zu viel – zu wenig?**

**Evidence based Medicine
versus ärztliche Intuition**

MC im Spital

**Tiefere Kosten dank mächtigen
«Konsumenten»?**

**Case und Disease Management
in Ärztenetzen**

Persönliche Assistenz in Europa

**Selbsthilfe in Deutschland und
der Schweiz**

Wie interferieren diese Medikamente? Studien untersuchen meist nur die kurzfristigen Effekte. Wieviel Nutzen kann der Patient aus den kombinierten Medikamenten ziehen, und wo schaden sie ihm? Wie soll die sinkende Compliance gehandhabt werden? Was passiert, wenn die Medikamente über Jahrzehnte hinweg eingenommen werden?

Die Autoren Tinetti et al. weisen auf die Schwächen von Guidelines hin: Ist, was gut ist gegen eine Krankheit, auch gut für den Patienten, der an mehreren Krankheiten leidet? Bei der Guideline-Entwicklung sollte der Fokus weg von der Krankheit, hin zum Patienten, gerichtet werden, fordern die Autoren. Die Effekte von multiplen Medikamentengaben müssen erforscht werden. Es bleibe die schwierige Frage, ob für die Krankheit (Guideline) oder für den Patienten Medikamente verschrieben werden sollen. (bc)

Quelle: M. Tinetti, S. Bogardus, J. Agostini: Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions. In: New England Journal of Medicine, 351: 2870–2874. 30. Dez. 04.

Erfahrungsberichte von Klientinnen

Das Gefühl, ernst genommen zu werden

Ich bin diplomierte Pflegefachfrau und arbeite in einem 70-Prozent-Pensum: 40 Prozent am Pflegebett auf einer gerontopsychiatrischen Abteilung mit schwer pflegebedürftigen Bewohnern und 30 Prozent als Ausbildungsverantwortliche. Mein Fall begann im November 2003: Ich hatte dreimal hintereinander «Hexenschuss». Nach dem dritten Mal hat mich mein Hausarzt von meiner Tätigkeit am Pflegebett krankgeschrieben und mich zu einem Spezialisten überwiesen. Durch meinen Krankheitsfall war ich sehr entmutigt und nahe an einem Nervenzusammenbruch. Es kommt ja in einem solchen Fall alles zusammen: Privates, Berufliches und Finanzielles. Es war unklar, welche Arbeiten ich körperlich noch machen konnte; ich wusste nicht, wie das Team und der Arbeitgeber reagieren würden. Die Versicherungen fanden eine Antragsverletzung und wollten nicht bezahlen. Durch den Spezialarzt wurde ich in die Universitätsklinik Zürich überwiesen. Von Februar bis

¹ Die Betreuung innerhalb des arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramms erfolgt durch eine Case-Managerin, die bei Bedarf die KlientInnen auch nach Programmende weiterbetreut.

Juli 2004 nahm ich dort an einem arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramm teil. Das Ziel war, meine körperlichen Fähigkeiten zu steigern und mich wieder, soweit als möglich, in den Berufsalltag einzugliedern. Gleich zu Beginn wurde ich von meiner Case-Managerin¹ begrüsst und in die Abläufe eingeführt. Ich bin ein organisierter Mensch, und es war mir sehr wichtig, dass ich die Therapie nach meinen Kindern richten konnte. Für mich war dieses Programm etwas Revolutionäres: So viel Zeit und Aufmerksamkeit zu erhalten, so ein vielfältiges Angebot zu haben (Muskeltraining, Ausdauer, Wassergymnastik, Gruppengespräche, psychologische und soziale Betreuung...). Obwohl vielfach davon gehört, hatte ich das Ganzheitliche, das heisst körperliche und psychische Belange wirklich als Ganzes einbezogen, noch nie persönlich erlebt.

Die Case-Managerin löste für mich ein paar knifflige Probleme: Meine Angst, nicht alles unter einen Hut zu bringen (sprich: drei Nachmittage pro Woche Therapie, die Kinder und meine 30-prozentige Arbeit). Wer übernimmt die Therapiekosten? Wer kümmert sich darum, dass die Arztberichte und Anträge richtig zu den Versicherungen gelangen? Die Case-Managerin erkundigte sich immer, wie es mir ging, und hörte mir zu. Eine einbezogene Psychologin minderte meine Angst und mei-

nen Stress, sie half mir in drei Sitzungen, wieder klar zu sehen. Die Sozialarbeiterin konnte mir bei meinem Versicherungswirrwarr helfen. Nicht nur «helfen» war im Vordergrund, speziell wichtig war es der Case-Managerin, meine Freude am Beruf aufrechtzuerhalten. Als klar wurde, dass ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in die Pflege zurück kann, unterstützte sie mich in der Suche nach einer anderen Ausrichtung. Sie hat mit mir Stellenanzeigen studiert, um mir zu zeigen, was alles auf mein Profil passt. Sie hat mit mir Bürostühle getestet...

Ungewohnt war für mich, dass jede Stelle in der Rehabilitation mit der anderen verknüpft war. Ohne dass ich etwas sagen musste, wussten «alle» Rehabilitationsteam-Mitglieder von meinen Problemen. Obwohl man mich darüber informiert hatte, war dies etwas komisch. Das Gefühl jedoch, ernst genommen zu werden, hat sich über die ganze Therapiezeit hingezogen, und auch heute noch steht mir meine Case-Managerin, man könnte sagen wie eine Freundin, zur Seite.

Autorin:
Pia Bianco
Wüeristrasse 3
8625 Gossau

Erfahrungsberichte von Klientinnen

Sie begleitet mich auf meinem Weg

Kurz vor meinem Klinikaustritt erhielt ich von der klinikinternen Sozialarbeiterin die Adresse der Koordinations- und Beratungsstelle der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Zu diesem Zeitpunkt stand für mich vieles offen, so hatte ich keine Wohnung und keine Arbeitsstelle. Ich stand vor einer grossen Ungewissheit und kurz vor meinem 18. Geburtstag.

Mit zehn Jahren bin ich mit meiner Familie in die Schweiz geflüchtet und musste auf radikale Weise mein Land verlassen, es herrschte Krieg dort. Mit dieser Erfahrung musste ich sehr schnell lernen, in meinem Leben alleine klar zu kommen.

Bei meinem ersten Gespräch bei der Koordinations- und Beratungsstelle wurde meine Situation geprüft. Das Resultat lautete, dass ein Case Management angebracht sei.

Meine Case-Managerin schaute mit mir genau meine Bedürfnisse und die unmittelbaren Ziele an. Sie gab mir die Informationen über einen möglichen Arbeitsplatz in einem geschützten Rahmen. Eine Wohnung fand ich selber, jedoch fehlten mir die finanziellen Möglichkeiten, diese einzurichten. Durch Anträge bei Fonds und Stiftungen konnte mir die Case-Managerin die Wohnungseinrichtung ermöglichen. Durch das Fitnessabo, das ebenso dank der Anträge zustande kam, schaffte ich es, meine langjährigen Essstörungen

zu bewältigen.

Die Case-Managerin begleitete mich auf dem Weg, eine durch die IV finanziell unterstützte Lehrstelle zu finden. Sie war an Gesprächen mit dem IV-Berufsberater und dem zukünftigen Ausbildungsplatz dabei. Ende Sommer konnte ich meine Lehre als Fotofachangestellte anfangen. Durch meine neu gewonnene Lebensqualität geht es mir auch psychisch um vieles besser. Die Case-Managerin begleitet mich weiterhin, um mich zu stützen und meine Stabilität zu erhalten.

Autorin:
M. R. (Name der Redaktion bekannt)

Erfahrungsberichte von Klientinnen

Genau hinschauen und überlegen, was noch geht

Als mobile Floristin war ich vor dem Unfall bereits morgens um fünf oder halb sechs auf dem Engros-Blumenmarkt in Kaufstimmung. Heute sind die Anforderungen meines Berufs kaum mehr zu erfüllen. Ich versuche es immer wieder neu. Das Ergebnis ist jedoch traurig, denn die Muskeln verhärten sich und das ganze Nervensystem legt mich lahm. Die Behinderungen durch das Schleudertrauma verbauen mir die Zukunft. Ich erfahre die Einschränkungen im Arbeitsalltag viel schlimmer als privat. Ich reiste beruflich für Engagements nach Deutschland, Österreich und Italien. Mein Erfolg machte mich unabhängig, meine Ideen fanden Raum und das Geld reichte zum Experimentieren. Jetzt brauche ich Hilfe in allen Lebenslagen. Mein soziales Umfeld ist glücklicherweise gross und privat ist somit vieles abgedeckt. Beruflich stehe ich jedoch ziemlich im Schilf.

Mit den Mannen von Rehafirst¹ versuche ich, wieder eine Fernsicht zu erhalten. Alleine ist dies gar

nicht möglich, denn die Schmerzen hindern mich, selber aktiv vorzugehen. Ich bin heute schnell überfordert.

Soziales Umfeld, Heilmassnahmen und Beruf sind die Themen, welche im Case Management besprochen werden und wo wir konkrete Massnahmen ergreifen. Das Case Management in Sachen Therapien ist für mich wichtig: In den ersten vier Monaten liess ich alle Therapien über mich ergehen, da ich keine Erfahrungen damit hatte. Auf bis zu neun Termine brachte ich es in der Woche, nebst den verschriebenen Übungen und den Thermalbadbesuchen. Nach meinem Klinikaufenthalt hatte ich schlechtere Werte als vor der Kur!

Rehafirst setzt nun eine Therapeutin ein, welche auf mich eingeht und die Therapien koordiniert. Die Therapien werden massvoll verschrieben und mit einer Erfolgskurve bewertet.

In beruflicher Hinsicht kümmert sich ein Betriebswirtschaftler um mich. Seine grosse Stärke ist sein Einfühlungsvermögen in meinen Schaffensalltag. Da ich viele Aufträge nicht mehr umsetzen kann, formuliert er Lösungen für meinen Einfrau-Betrieb. Er zwingt mich, genau hinzuschauen und zu überlegen, was realistischerweise noch geht. Er schützt mich davor, dass ich ein weiteres Mal zusammenbreche. Ich muss dabei vieles loslassen: Liebhaberaufträge muss ich übergeben, ich muss

aufhören, immer für die Kunden erreichbar zu sein, und ich muss als Hilfe mehr Leute einbeziehen.

Sonderbar beim Case Management ist, dass ich nichts verstecken kann, dass «sie» ihre Fühler überall hin ausstrecken. Dies ist mir fremd, weil ich bisher alles selber gemacht habe. Case Management bedeutet für mich aber auch, Hilfe bei ganz banalen Problemen zu erhalten. Das Auto funktioniert noch immer nicht richtig – der Case-Manager nimmt mit der Garage Kontakt auf.

Ich war so viele Jahre eine «Einfrau-Show», dass es mich wurmt, Probleme und normale Situationen nicht mehr selbstständig angehen zu können. Hier liegt auch die Diskrepanz zwischen angenehmer Hilfe und eigenständigem Denken und Handeln. Ich werde aber auch unter Druck gesetzt, denn die Entscheidung liegt in jedem der bearbeiteten Themen bei mir. Dies ist vor allem ungemein schwierig, wenn es um mein Geschäft geht. Die Ideen für mein Geschäft vom Case-Manager sind sehr gut – ich finde sie aber auch gewagt; es ist nicht mehr meine Philosophie, wo ich die alles tragende Person war, mitsamt meiner Lebenshaltung und mit meinen Plänen.

Autorin:

N. T. (Name der Redaktion bekannt)

1 Die Rehafirst AG engagiert sich für Invaliditätsvermeidung und aktive Reintegration. Sie arbeitet sowohl für Einzelpersonen mit gesundheitlichen Problemen als auch für Unternehmungen, die ihre Mitarbeitenden im Falle von Krankheit und Unfall aktiv unterstützen möchten.